FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

**1922-1923.** **2e Série.** **N° 230.**

# De l'Influence du Moral en Chirurgie

## THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Juillet 1923*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

**RENARD, Charles**

Né le 26 avril 1898, à Rouen (Seine-Inférieure)

| | | |
|---|---|---|
| EXAMINATEURS DE LA THÈSE | MM. MICHEL, professeur......... | *Président.* |
| | HAUSHALTER, professeur.... | *Juges.* |
| | L. CAUSSADE, agrégé....... | |
| | BARTHÉLEMY, agrégé....... | |

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical**

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1922-1923. 2e Série. No 230.

# De l'Influence du Moral en Chirurgie

## THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Juillet 1923*

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

**RENARD, Charles**

Né le 26 avril 1898, à Rouen (Seine-Inférieure)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXAMINATEURS DE LA THÈSE | MM. MICHEL, professeur.......... | | *Président.* |
| | HAUSHALTER, professeur.... | | *Juges.* |
| | L. CAUSSADE, agrégé....... | | |
| | BARTHÉLEMY, agrégé....... | | |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1923

# UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

*Doyen* : M. E. MEYER, O ✱, I ✿.
*Assesseur* : E. SIMON, ✱, I ✿.
*Doyen honoraire* : M. F. GROSS, O ✱, I ✿.

*Professeurs honoraires* : MM. NICOLAS, ✱, I ✿; PRENANT, ✱, I ✿; F. GROSS, O ✱, I ✿
HERRGOTT, O ✱, I ✿; WEISS, O ✱, I ✿.

## Professeurs : MM.

| | |
|---|---|
| Chimie médicale et toxicologie | L. GARNIER, I ✿. |
| Hygiène | E. MACÉ, ✱, I ✿. |
| Physiologie | E. MEYER, O ✱, I ✿. |
| Clinique médicale | E. SIMON, ✱, I ✿. |
| Histoire naturelle médicale | P. VUILLEMIN, I. ✿. |
| Médecine légale | P. PARISOT, O ✱, I ✿. |
| Clinique des maladies des enfants | P. HAUSHALTER, ✱, I ✿. |
| Anatomie pathologique | L. HOCHE, ✱, I ✿. |
| Clinique médicale | G. ETIENNE, ✱, I ✿. |
| Clinique chirurgicale | A. VAUTRIN, ✱, I. ✿. |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées | L. SPILLMANN, ✱ I ✿. |
| Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie | R. FRŒLICH, ✱, I ✿. |
| Physique médicale | M. LAMBERT, ✱, I ✿. |
| Clinique obstétricale et Accouchements | A. FRUHINSHOLZ, ✱, I ✿. |
| Histologie | R. COLLIN, ✱, I ✿. |
| Anatomie descriptive | M. LUCIEN, ✱, I ✿. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | P. JACQUES, ✱, I ✿. |
| Clinique des voies urinaires | P. ANDRÉ, ✱, I ✿. |
| Clinique chirurgicale | G. MICHEL, ✱, I ✿. |

## Chargés de cours complémentaires : MM.

| | |
|---|---|
| Clinique des maladies des vieillards | L. RICHON, ✱, I ✿, agrégé libre. |
| Pathologie interne | L. RICHON, ✱, I ✿, agrégé libre. |
| Accouchements (cours théorique) | S. REMY, I ✿, agrégé libre. |
| Clinique des maladies tuberculeuses (1) | M. PERRIN, ✱, I ✿, agrégé. |
| Thérapeutique | M. PERRIN, ✱, I ✿, agrégé. |
| Clinique des maladies tuberculeuses (1) | J. PARISOT, O ✱, I ✿, agrégé. |
| Pathologie expérimentale et pathologie générale | J. PARISOT, O ✱, I ✿, agrégé. |
| Pathologie externe | A. BINET, I ✿, agrégé. |
| Clinique médicale élémentaire (1) | L. CAUSSADE, A ✿, agrégé, |
| Clinique ophtalmologique | P. JEANDELIZE, A ✿, agrégé. |
| Clinique des maladies mentales | R. LALANNE, I ✿. |
| Clinique chirurgicale élémentaire (1) | M. BARTHÉLEMY, ✱, I ✿, agrégé. |
| Cours d'hydrologie | M. PERRIN, ✱, I ✿, agrégé. |
| Médecine opératoire | M. BARTHÉLEMY, ✱, I ✿, agrégé. |
| Clinique d'électrothérapie | N. |

## Agrégés en exercice

MM. H. ROBERT, I ✿.
A. BINET, I ✿.
M. PERRIN, ✱, I ✿.
G. THIRY, ✱, I ✿.

MM. J. PARISOT, O ✱, I ✿
C. FAIRISE, A ✿.
P. MATHIEU, A ✿.
L. JOB, ✱, I ✿.

MM. P. JEANDELIZE, A ✿.
L. CAUSSADE, A ✿.
M. BARTHÉLEMY, ✱, I ✿.

## Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✱, I ✿; G. GROSS, ✱, I ✿; RICHON, ✱, I ✿;
S. REMY, I ✿; BUSQUET, I ✿.

M. H. COIFFARD, I ✿, Secrétaire.
M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✱, ✿, I ✿, Secrétaire honoraire.

---

(1) Fondation de l'Université.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.*

A MA FEMME

A MON PÈRE

Le Docteur H. RENARD

Médecin-major de 1re classe en retraite

Chevalier de la Légion d'honneur

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES BEAUX-PARENTS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur MICHEL

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES JUGES

M. le Professeur HAUSHALTER

Professeur de Clinique médicale infantile
Chevalier de la Légion d'honneur

M. le Professeur agrégé L. CAUSSADE

M. le Professeur agrégé BARTHÉLEMY

Chevalier de la Légion d'honneur

# TABLE DES MATIÈRES


Pages

Avant-Propos .......... 7

Introduction .......... 11

Historique. — *Opinions de quelques anciens auteurs*. 13

Chapitre premier. — *Le moral en chirurgie* .......... 19

I. — Causes capables d'influencer le psychisme .. 20

Le sujet : caractère, âge, sexe, profession, état général antérieur, état d'action ou d'inaction .......... 20

La lésion : la lésion organique en elle-même lèse-t-elle le moral ? Siège, nature, symptômes .......... 23

L'ambiance : voisinage à l'hôpital, infirmiers, chirurgiens, attitude de tous auprès du malade, la salle d'hôpital .......... 26

II — Modes de réaction vis-à-vis de ces causes :

1° du psychisme .......... 30

*a*) Troubles élémentaires : les émotions. 31

*b*) Leur influence sur le caractère .... 33

2° de l'organisme .......... 36

*a*) Troubles élémentaires organiques : glandulaires, endocriniens, circulatoires, moteurs viscéraux, sensoriels. 37

3° Etats cliniques en rapport avec le moral. 40

Choc psychique, définitions, cas cliniques. 40

Troubles psychiques liés à d'autres troubles morbides .......... 46

Pages

III. — Essai de pathogénie.................. 51

CHAPITRE II. — *Traitement du moral*............. 59

1° Différenciation de « psychothérapie » et « traitement du moral »................ 59

2° Quelques mots de l'utilisation de la psychothérapie en chirurgie.................... 61

3° Traitement du moral.................. 63

*a*) Quelques questions générales...... 65

Conduite à tenir visant l' ambiance du malade ........................ 65

Instruction et éducation du personnel.. 66

Organisation de l'hôpital : chambres d'isolement........................ 68

Chambres d'anesthésie........... 69

*b*) Avant l'opération : la confiance.... 70

Cliniques au pied du malade, soins à y apporter................. 73

Craintes à raisonner............. 75

Traitement préopératoire, méthodes américaines .................. 79

Pendant l'opération : anesthésie, anesthésiste ........................ 80

Anoci-association de Crile........ 82

Après l'opération : calme, maintien du sommeil.......... .... 83

Le réveil, suggestions favorables. 84

Soins moraux post-opératoires... 86

Résultats de Crile............... 87

BIBLIOGRAPHIE ................................ 89

# AVANT-PROPOS

Lorsqu'une période de la vie se termine, on jette derrière soi un regard mêlé de regret pour voir fuir ce que le temps emporte.

Aujourd'hui, notre tour est venu de franchir les barrières et de nous lancer de l'avant, en chargeant sur nos épaules le poids de la vie avec ses responsabilités; avant que de les assumer, selon la loi, nous nous arrêtons un instant et nous nous retournons.

Déjà lointains, nous voyons s'estomper nos premiers souvenirs d'amphithéâtre et d'hôpital, soit dans notre Faculté, soit accidentellement à Paris, soit aux armées, à l'ambulance du médecin aide-major Cadenat, à qui nous adressons ici nos plus sincères félicitations pour son récent succès au concours d'agrégation. Puis, c'est notre retour au foyer et la reprise des études sous la tutelle de tous nos maîtres bienveillants, chaque année apportant sa part d'instruction et d'éducation professionnelles.

Dans les cliniques hospitalières, tous nos maîtres nous reçurent comme stagiaire ou externe avec une très grande cordialité. Avant que de les quitter avec un regret sincère, nous sentons le désir de leur dire nos sentiments de gratitude pour tout ce que nous leur devons en enseignement technique et moral.

En acceptant de présider notre thèse après nous en

avoir inspiré le sujet, ne nous ménageant pas les conseils en paroles et en exemples, M. le professeur G. Michel nous permit d'achever sous son patronage nos études commencées, il s'en souvient sans doute, sous le sien; nous ne pouvons taire, en lui exprimant nos sentiments de gratitude, notre trouble au souvenir de ce qui nous lui devons et nous le prions de tout notre cœur de trouver ici un merci profondément ému. Après nous avoir nous-même sauvé du péril, ce fut, avec quelle sollicitude sans cesse renouvelée, l'un de nos frères qui dut la vie à la précision de son diagnostic et à l'opportunité de ses décisions et, plus récemment enfin, l'objet de notre plus chère affection, auprès de qui nous l'avons trouvé toujours plus dévoué et soucieux du grand bienfait à accomplir.

Nous osons à peine, craignant d'être accusé de redire ce que tout le monde sait, rappeler ainsi toute sa bonté, sa compassion, sa sollicitude profonde qu'on lit à chaque instant sur son front, lorsque l'âme est remuée à l'idée de la souffrance ou du danger où se trouve une pauvre créature. Que notre voix se joigne à celle de tous ceux qui l'admirent et le remercient.

Un lien de reconnaissance particulière aussi nous attache à MM. les professeurs Fruhinsholz, André, et à nos parents, M. le professeur Etienne et le docteur Legris; leur entier dévouement et leurs soins éclairés, en collaboration avec ceux de M. le professeur Michel, nous furent, il y a peu de temps, un secours précieux.

Que notre maître très respecté et admiré, M. le

professeur Haushalter, qui accepte d'honorer notre travail modeste de son jugement, soit remercié. Est-il besoin de souligner encore ce que sentent si bien tous les fervents de sa « Clinique », où l'on recueille plus que des leçons techniques admirables, mais une qualité supérieure du bon grain qui, si le terrain n'est pas trop rocailleux, formera, outre un médecin instruit, un médecin plus noble, plus digne, plus conscient de ce qu'est son sacerdoce, moins porté vers le marchandage d'aujourd'hui, qui se fait, comme denrée, avec la créature humaine.

Que M. le professeur agrégé Caussade, qui a accepté d'être notre juge, reçoive de doubles remerciements, puisqu'il fut aussi notre maître si cordial.

M. le professeur agrégé J. Barthélemy, aux mêmes titres, agréera, nous l'espérons, notre gratitude.

Toujours nous garderons respectueusement la tradition de nos maîtres de l'hôpital et de la Faculté, le souvenir de leurs enseignements vivra avec nous; aux cliniques de M. le professeur Fruhinsholz, si précises, si méthodiques; presqu'à chaque instant, nous sentions son souci et son respect des malades, de leur âme. Nous essaierons de mêler aux soins consciencieux la délicatesse morale qui fait se pencher avec sollicitude vers l'être qui souffre au plus grand moment de la vie. Chez M. le professeur Vautrin, où nous avons passé nos six premiers mois d'externat, nous avons trouvé aussi cette bonté affectueusement et généreusement courbée vers la douleur, jointe à des leçons d'une clarté et d'une ampleur rares.

Au service de M. le professeur Frœlich, de qui

nous conservons précieusement les cliniques savantes et méthodiques, nous avons aussi admiré la bonté pour tous, élèves, personnel et petits malades.

De chez M. le professeur Simon et M. le professeur agrégé Caussade, nous retiendrons surtout l'esprit clinique classique et ordonné.

Nous nous souviendrons avec plaisir et profit des heures passées à la clinique de l'hôpital Saint-Julien, chez M. le professeur agrégé Richon.

A Maringer, M. le professeur Spillmann, si accueillant, sait à merveille rendre accessible à tous, pratique surtout, l'enseignement un peu difficile de la syphiligraphie et de la dermatologie.

Nous n'avons garde d'oublier M. le docteur Bérillon, professeur à l'Ecole de Psychologie; M. le docteur Charles Lefèvre, de Toulouse, et M. l'abbé Girard, professeur de philosophie à l'Ecole Saint-Sigisbert, qui eurent l'amabilité de nous communiquer des renseignements fort utiles; nous les prions d'agréer nos remerciements.

Qu'enfin tous nos aînés de la Faculté, spécialement les docteurs Mutel et Hamant, que nous félicitons chaleureusement de leur récent succès au dernier concours d'agrégation; L. et Charles Mathieu, Morin, Guillemin, que tous nos amis et camarades, dont notre excellent ami et beau-frère Feuillade, qui tous, nous montrèrent tant de cordialité durant notre vie en commun, soient assurés de notre bien vive sympathie.

# INTRODUCTION

Lors des récentes discussions sur le choc traumatique, les chirurgiens ont envisagé l'influence du facteur moral, déjà bien connu et étudié depuis les philosophes du XVIII^e siècle; mais, si ils l'ont admis comme cause de déséquilibre « psychique et physiologique », différencié d'avec les états de choc, de commotion cérébrale, ils l'ont cité pour mémoire, réservant leur activité à l'éclaircissement du complexe choc traumatique, si délicat à interpréter; c'est la gloire de l'école française d'avoir mené à bien cette étude.

Mais, connaissant ce facteur, aucun n'a entrepris de se rendre mieux compte de son importance lors de l'intervention chirurgicale.

Ce moral, pourtant, avec ses doléances, ses cris qui paraissent futiles, vains à considérer en regard du cri de l'organe qui souffre, de la plaie hideuse et dangereuse dont se joue une brillante opération, ce moral a des revanches terribles lorsqu'on le néglige; et le chirurgien peut se trouver pris à son tour, par lui, s'il l'a trop négligé. L'attention de certains d'entre eux, de nos jours, se porte plus vers le psychisme des malades; c'est fort heureux à considérer, car il ne peut en résulter qu'une plus universelle admiration pour la branche la plus puissante de l'art, de sauver la vie.

Connaître la valeur de l'organisme sur lequel va porter l'acte chirurgical est nécessaire; non moins indispensable est la notion de ce que vaut l'esprit : vouloir opérer un sujet aux énergies réduites paraît aussi dangereux que si ce sont les reins ou le foie qui sont défaillants.

Mériel dit très justement : « Si des échecs surviennent après des actes opératoires, c'est moins une « technique bien réglée qu'il faut incriminer, que le « défaut d'étude suffisante du terrain sur lequel l'opé- « ration a été pratiquée ». Il faut comprendre, dans le « sens du mot terrain, le terrain psychique aussi bien « que le terrain physique.

On n'a guère plus montré le souci de rechercher les mesures opportunes pour éviter ou combattre les effets fâcheux, pourtant reconnus, de ce moral.

Nous voudrions, à la lumière des travaux récents, réunir en quelques pages les influences nuisibles à l'esprit, les troubles qu'elles déterminent sur le moral et sur l'état général; si nous le pouvons, nous essaierons d'en imaginer le mode d'action; enfin, notre but serait de réussir à préciser quelques indications thérapeutiques, prophylactiques surtout, du psychisme, que tout chirurgien soucieux de la réussite finale de son intervention, aurait intérêt à connaître (1).

---

(1) Délibérément, nous rejetterons de ce travail tout ce qui concerne les aliénés : tant la question des opérations chez eux que les troubles mentaux post-traumatiques, post-infectieux, etc.

# HISTORIQUE

A l'origine de toutes les civilisations, chinoise, gréco-latine, arabe, etc., on trouve le souci de calmer les douleurs et les souffrances des malades, de consoler leurs tourments; et c'est de noble sentiment général qu'est né l'art de la médecine.

Tout empirisme pendant longtemps, mêlé de pratiques religieuses, peu à peu cet art s'est perfectionné jusqu'à devenir de nos jours, après les étonnants progrès du siècle dernier, une science des plus étudiées, permettant, à la suite de méthodes rigoureusement réglementées, de travaux minutieux, d'aborder avec audace la maladie.

Mais on a l'impression que, depuis les découvertes remarquables des anesthésiques et des hypnotiques, on croit en général avoir tout fait pour calmer la douleur; abusé par cette merveilleuse trouvaille qui permet, dans le calme du sommeil régulier, de tailler avec la plus grande tranquillité cette chair toute de sensibilité, on a peut-être trop délaissé les soins des tourments de l'esprit, notamment dans les heures si pénibles qui précèdent et suivent le narcose; comme dit Tardieu : « Les plus grandes souffrances sont les souffrances morales ».

Les vieux maîtres de la chirurgie, qui ne possédaient

pas cette arme nouvelle de l'anesthésie générale, avaient fort bien remarqué la réalité et l'importance des vives émotions à côté de celles de la douleur, et ils avaient signalé, bien avant les études des philosophes des XVII^e, XVIII^e et XIX^e siècles, le rôle de l'esprit sur le corps. Plus même que par des paroles encourageantes, certains avaient déjà utilisé des moyens reconnus bienfaisants pour « délivrer de la crainte et de la transe du mal» auquel s'attend le patient. Van Swieten continue : « Ce qu'il y a de plus « insupportable est cette crainte que représente tou- « jours à l'esprit l'image du mal prochain, qui fait « que les malades comptent toutes les minutes, tous « les moments des heures qui précèdent le temps « marqué pour l'extirpation. En sorte que Jules César « a dit avec raison qu'il était moins insupportable de « tomber tout d'un coup dans les embûches qu'on ne « pouvait éviter, que de les redouter continuelle- « ment », et il conseille l'emploi de l'opium une heure avant l'opération.

Certains de ces maîtres ont laissé quelques sommaires réflexions au sujet des troubles qu'on pouvait rapporter dans l'état général de la maladie aux angoisses et aussi quelques avis concernant le rôle moral du chirurgien.

« Le chirurgien, dit Ambroise Paré, ne doit mespriser « les affections de l'âme, pour ce qu'elles causent « grands mouvements et mutations au corps, à cause « qu'elles dilatent ou compriment le cœur, et en ce « faisant les esprits se résolvent ou astraignent et suf- « foquent; ces passions sont joye, amour, espérance;

« vie, trestesse, crainte et autres : toutes lesquelles « doivent estre corrigées par leurs contraires. » . . :

« . . . L'espérance souvent profite aux malades telle« ment que le médecin ou chirurgien fort désiré, appaise « de son arrivée la grandeur du mal, car la force de « l'âme, qui auparavant succombait au mal, est excitée « et relevée de l'espoir, et assaut la maladie avec telle « confiance qu'enfin elle la surmonte. »

La phrase pittoresque : « Les joyeulx guarrissent « toujours », est un résumé précis de l'influence heureuse de l'état d'âme.

Mauriceau réclame de l'accoucheur qu'il n'effraye pas les pauvres femmes : « Il tâchera de faire conce« voir à la malade l'impossibilité qu'il y a qu'elle puisse « accoucher sans son aide, et il la fera résoudre à se « mettre avec confiance entre ses mains, par paroles « douces sans l'intimider, luy persuadant que l'opé« ration ne se fera pas si douloureuse qu'elle se l'est « imaginée et enfin qu'elle est obligée selon Dieu « de la souffrir tant pour elle-même que pour l'amour « de son enfant, qui périroit certainement avec elle, « sans ce seul et dernier secours ».

Dupuytren, remarquablement, a vu le fait important de l'élément moral dans ce qu'il appelle la « stupeur » de certains nerveux, « indépendamment de « tout ébranlement mécanique », lorsqu'il dit « qu'elle « peut exister ou n'exister pas, et qu'elle paraît beau« coup plus en rapport avec l'état moral du blessé « qu'avec les circonstances de la blessure. Aussi « s'observe-t-elle, toutes choses égales d'ailleurs, « chez les sujets doués de peu d'énergie morale ;

« aux armées, cela affecte surtout les jeunes soldats».
Et il indique la nécessité d'éviter au malade toute cause de ce choc moral. « Ce sont les soins moraux « surtout que le chirurgien doit prodiguer à ces « malheureux réduits à subir de ces cruelles muti- « lations. Qu'il cherche, par tous les moyens en son « pouvoir à captiver leur confiance, à ranimer leur « courage abattu. Il y parviendra en compatissant « avec eux à leurs maux, en déplorant l'impuissance « de toutes les ressources de l'art que l'on a employées « pour les sauver de ce parti extrême, en leur traçant « les chances d'une guérison prompte et assurée en « échange d'une mort certaine, en rassurant leur « imagination effrayée contre les douleurs insépa- « rables d'une opération, en leur exposant enfin tous « les moyens qui leur resteront encore pour pourvoir « à leurs besoins et à ceux de leur famille... »

« ...Il est des malades que la seule idée de l'opéra- « tion frappe de stupeur et d'effroi. Plusieurs, hon- « teux de leur faiblesse, font de violents efforts sur « eux-mêmes pour la surmonter; mais alors ils se « livrent en victimes plutôt qu'en hommes courageux « et armés de résolution, et demeurant frappés de la « pensée que l'opération projetée devra nécessaire- « ment leur être funeste. Peu de dispositions morales « sont plus défavorables que celle-là. Tant qu'elle « existe, il faut s'abstenir. Nous pourrions citer « l'exemple d'un grand nombre de malades qui se « sont ainsi soumis à des opérations comme à une « mort certaine et qui ont, en effet, péri peu de « temps après. Il importe qu'ils envisagent, au

« contraire, l'opération comme le seul moyen de « guérison que leur laisse la nature. L'espérance « doit les animer et les soutenir; s'ils désespèrent « d'eux-mêmes, s'ils nourrissent des espérances de « mort, il est rare que des encéphalites consécutives « ne surviennent pas et ne soient pas la cause d'une « terminaison fâcheuse. »

Velpeau aussi étudie les « préparations morales»; c'est son mot, la façon d'annoncer avec douceur la nécessité d'une opération; l'emploi des mots arrête son attention. Gosselin signale « les effets fâcheux « de la douleur physique et de la douleur morale « chez les blessés et les opérés, et la nécessité de les « éviter l'une et l'autre dans la mesure du possible... »; il continue: «...Remarquez en effet que cette muti- « lation ajoute une cause d'infection purulente à « celles qui existent déjà par le fait de la lésion « traumatique. Je veux parler de la grande pertur- « bation morale. L'homme qui, en pleine santé, « est obligé de se soumettre à la perte d'un membre, « sans y avoir été amené progressivement par de « longues souffrances dans un lit d'hôpital, comme « cela a lieu chez ceux que nous amputons pour des « tumeurs blanches supposées, sans avoir été amenés, « dis-je, à considérer cette mutilation comme une « ressource salutaire, est violemment impressionné. « Or, soyez sûr que cette grande secousse morale « est une cause puissante des accidents consécutifs « aux amputations. Notre malade, en voyant que « nous avons le ferme espoir et le désir de lui con- « server son membre qu'il sait gravement blessé,

« est, sous ce rapport, dans de meilleures conditions,
« et c'est pour cela que je le crois un peu moins
« exposé à la mort que si je l'amputais».

Le baron Larrey, le grand chirurgien des armées du premier Empire, fut beaucoup un soldat, peu tendre même, et s'il connut bien les effets du « vent du boulet » sur les jeunes conscrits, il ne paraît pas avoir beaucoup tenté de soigner le moral par d'autres choses que par de bonnes ventouses ou saignées: ce qui, malgré tout, dans des circonstances très pénibles pour tous et au milieu de gens singulièrement endurcis, pouvait être une juste façon d'agir.

Plus près de nous, nous trouvons aussi des idées éparses, çà et là, concernant les soucis du moral de l'opéré futur et actuel.

Le travail de Poucel, de Montpellier, qui remonte à 1904, intitulé: *Psychothérapie dans l'intervention chirurgicale*, analyse avec un esprit réfléchi, lettré autant que bon, ce que peut un chirurgien sur le moral du sujet avant, pendant et après l'opération.

Charles Lefebvre, dans son livre: *La Période préopératoire*, indique le soin qu'il faut prendre du terrain moral du futur opéré à côté de ceux concernant les organes et leur force de résistance.

Mais, hormis ces quelques travaux, nous ne trouvons rien d'important dans la littérature médicale française récente qui se rapporte à ce sujet, spécialement dans les traités classiques, « dans lesquels on cherchera vainement, dit Forgue, un chapitre ayant trait aux obligations et à l'action morale de l'opérateur, aux conditions psychiques de l'opéré».

CHAPITRE PREMIER

## Le Moral en Chirurgie

« L'homme ne souffre pas comme l'animal, dit « Dubois, il ne ressent pas des sensations brutes, il « les exaspère par ses craintes, ses réflexions pessi- « mistes; son âme est plus malade que son corps. » Nous ne voyons pas que ces paroles soient plus applicables ailleurs qu'en chirurgie.

Lors des événements terribles qui fondent avec rapidité sur un individu plus ou moins sain auparavant; lors d'une blessure sérieuse, par exemple, mille facteurs variés de soudaineté, de douleur, de peur, d'hémorragie, d'attrition, etc., s'ajoutent pour déterminer ce que, depuis longtemps, on nomme de diverses épithètes : « choc, léthargie, collapsus, stupeur » des blessés. On a démontré ces formules imprécises, et, à leur place, on a décrit toutes sortes d'états variés : « choc traumatique vrai », « commotion cérébrale », « choc moral », « choc nerveux », etc.

Mais, si on doit admettre et étudier un choc nerveux émotionnel grave; si on doit aussi distinguer dans le « choc traumatique si complexe » le facteur moral, il faut plus souvent, en pratique, tenir compte de l'élément psychique, beaucoup moins dramatique, ayant sur l'organisme des répercussions fâcheuses.

Et d'abord, dans ce chapitre, examinons quels sont ces facteurs capables de provoquer des troubles moraux puis organiques.

## I. — CAUSES CAPABLES D'INFLUENCER LE PSYCHISME

L'homme devenu malade garde *son caractère*; auquel on doit prêter attention; il sera bon de connaître sommairement ses traits essentiels: Ribot, on le sait, qui ne prend garde qu'aux manifestations du sentiment et de l'action, les classe en sensitifs (émotifs, inquiets, pessimistes, sombres, humbles), actifs (hardis, optimistes) et apathiques (inertes, avec alternatives d'inhibition et d'activité). Fouillée, lui, n'accorde de valeur dans la vie psychique qu'à l'intelligence. Aujourd'hui, on tend à faire deux groupes : les caractères à base d'imagination optimiste et ceux à base d'imagination pessimiste. Signalons ceux que Dupré a étudiés, présentant ce qu'il appelle la « constitution émotive », sorte de terrain spécial, prédisposé à réagir aux influences morales. L'école autrichienne, avec Eppinger, Hess, décrit les mêmes « nerveux », sous le nom de « vagotoniques » et « sympathicotoniques ». Quoiqu'il en soit, prédisposé ou non, le caractère est là en face de la douleur, de l'émotion, et on gagnera à le connaître. On saura aussi remarquer si le sujet possède des sources particulières d'énergie dans son éducation, dans des doc-

trines solides profondément religieuses ou philosophiques, dans un sentiment inébranlable du devoir, de l'esprit de sacrifice, etc.

Outre ce caractère, *l'âge* du sujet influera sur le moral; le nouveau-né est insensible aux émotions. Keen, cité par Gwathmey, nous dit, à propos de la staphylorraphie, que, dans les débuts de la vie, l'enfant ne sent pas la douleur et que, dans l'intervention, le seul danger vient de l'hémorragie. Plus tard il manque de compréhension, d'instruction, son inconscience fait qu'il ressent d'une manière très physique, il ne sait pas faire fonctionner son esprit d'où son bon moral habituel, son indifférence vis-à-vis de la lésion, et, en grande partie, d'accord avec l'immense réserve de ses énergies physiques, son aptitude très grande à guérir : il n'aggrave pas son mal par son psychisme. Il y aura lieu de se méfier beaucoup plus aux approches de la puberté. L'adulte, au contraire, est à l'âge de prédilection pour l'addition des troubles psychiques aux troubles physiques, comme aussi d'ailleurs pour savoir guider son imagination, discipliner ses sentiments. Le vieillard a une « susceptibilité réactionnelle affaiblie » (Bourde), d'où des manifestations moins bruyantes, mais, en revanche, prolongées.

Le *sexe* féminin semble moins sujet au « choc traumatique », à cause « de la moindre activité de ses centres inhibiteurs », dit Bourde. Mais nous croyons remarquer chez elle que le moral joue grandement son rôle. Ses phénomènes affectifs sont spécialement vifs, et nul ne songe à nier combien une femme peut

avoir de « ressort », combien elle sait accepter sa peine, souffrir; et c'est, à notre avis, une raison très importante pour laquelle elle montre moins de choc psychique, bien que ses émotions soient peut-être plus vives que chez l'homme. Celui-ci, devant la douleur, reste souvent, ce n'est pas douteux, un enfant vis-à-vis de sa compagne.

La *profession*, le degré de culture intellectuelle, marquent également le moral de leur empreinte. Il est manifeste, « indiscutable, dit Bourde, que tout ce qui exalte les facultés psychiques favorise le choc ». En effet, les intellectuels sont des prédisposés.

Le père de famille, dont les siens attendent le pain quotidien, l'homme d'affaires qui craint que la maison ne périclite, le travailleur de l'esprit, dont les facultés sont toujours en éveil, quel qu'il soit, par ses soucis il réalise le terrain propice aux modicafitions de son moral, soit qu'il tende à l'améliorer en voulant la guérison, de toute son énergie, soit qu'il se laisse aller au découragement.

L'état d'esprit sera encore bien différent selon *l'état de santé antérieur*, selon les conditions de vie, de nourriture, de bien-être, etc.

L'*état d'action ou d'inaction* dans lequel est surpris le blessé a une non moins réelle importance; Crile effraie des animaux, les uns en cage, blottis, forcés à l'inaction, les autres en liberté, les tue ensuite et il constate des lésions des cellules nerveuses du cortex beaucoup plus marquées chez les premiers que chez les seconds; il interprète ce fait : 1° comme une preuve de l'influence des phénomènes psychiques,

tels la peur, sur l'organisme; 2° comme une explication de la prédisposition plus grande au choc chez les individus inactifs, tapis, craintifs, que chez ceux qui se ruent dans la mêlée : chez ceux-ci, tout l'esprit est tendu vers le but, vers la lutte, le terrible moment de la ruée hors la tranchée est passé; chez les autres, cette douloureuse crise psychique n'est pas résolue; ils n'ont pas totalement consenti au sacrifice ni rivé héroïquement leur pensée à l'action; ou bien ils se sont repris à la faveur de la minute de repos derrière un talus; en tous cas, ils sont frappés dans une attitude de repliement, de terreur. Les réactions dans les deux cas sont bien diverses : l'un fait le bon blessé, l'autre fait le choqué grave.

Tels sont quelques facteurs inhérents au sujet, auxquels on peut reconnaître une influence sur le moral lors de la maladie chirurgicale.

*La lésion organique* elle-même peut agir sinon en soi au moins par l'intermédiaire des perceptions.

En effet, les sphères supérieures ne fonctionnent qu'autant qu'elles sont impressionables et impressionnées; impressionnables, elles le sont en dehors du profond sommeil ou de la perte de la connaissance, et impressionnées elles le sont par les symptômes du mal. Il faut remarquer cependant que ces sphères supérieures, dans l'état de veille, ne sont pas toujours impressionnables : nous trouverons là la preuve que les éléments douleur et lésion n'agissent sur le psychisme qu'autant que celui-ci en est conscient. On a rapporté des cas curieux d'individus dont le cerveau fonctionne à pleine intensité, mais mû par une idée

exclusive telle celle du devoir à accomplir (une personne à sauver), ou bien une colère furieuse, une terreur (les combattants à l'assaut, les fuyards éperdus) et qui, recevant alors un traumatisme violent, ne s'en aperçoivent pas. Ils sont complètement anesthésiés par la passion trop forte qui les anime et ce n'est que lors d'une cause contingente, comme la vue de leur sang, une chute révélatrice, que leur psychisme prend connaissance et aussitôt perçoit toute l'horreur de la plaie. Le choc qui en résulte est bien réellement psychique, puisque ce sont les seuls phénomènes de conscience qui déclenchent les troubles organiques. En somme, si la lésion paraît atteindre le moral, ce n'est pas elle-même, mais ses représentations mentales.

A propos cependant de la maladie, citons que *son siège*, *sa nature*, *sa gravité* sont des conditions de variation du terrain moral; les blessés, les opérés, hommes ou femmes, des organes génitaux font bien souvent des démoralisés, sinon des hypocondriaques. Des romanciers ont utilisé cette connaissance, ainsi qu'on le voit dans l'*Insexuée.* La perte de la vue ne se conçoit guère sans un mouvement de pessimisme; de même l'amputation d'un membre indispensable à la profession. On connaît aussi la particulière sensibilité du caractère des gens atteints dans leur tractus digestif.

Quant aux symptômes *douleur*, *hémorragie*, *infection*, *intoxication*, *asthénie*, c'est la douleur qui, quant au moral, est le principal élément d'épuisement et de désordre : soit soudaine et brutale comme dans les écrasements, les grands traumatismes, les

crises viscérales subites, soit vive, mais moins soudaine, plus durable; la persistance, dans ce cas, de cet élément, force le sujet à la méditation constante sur son mal. Une observation bien curieuse, due au courage d'un médecin qui se fit opérer d'appendicectomie, sans anesthésie aucune, montre qu'une série de très violentes douleurs, énergiquement méprisées cependant pendant vingt minutes, déterminèrent des phénomènes présyncopaux tels qu'on dut terminer sous anesthésie générale. Ce cas indique la puissance du moral pour réfréner les retentissements organiques que nous étudierons plus loin, mais aussi l'importance considérable de la douleur perçue dans l'établissement du choc. Crile, nous le verrons aussi, est persuadé de la nocivité de cette douleur, même non perçue, c'est-à-dire sous anesthésie générale, et, par anticipation, disons qu'il croit à la lésion des cellules cérébrales du fait de cette douleur, d'où influence et troubles de choc.

Le plus souvent, la douleur est accompagnée d'autres symptômes nuisibles, eux aussi, pour l'esprit : la vue de la chair meurtrie, le sang, l'état général mauvais, l'anémie, l'infection, etc.

Deux éléments encore, agissant sur le psychisme, peuvent trouver place ici : ce sont, au moins considérés quant à l'opération, l'inconnu et l'attente. En toutes circonstances, l'inconnu est inquiétant; il l'est grandement pour celui qui envisage le sommeil quelque peu mystérieux de l'anesthésie ou les suites de son opération; de plus, le malade est ordinairement en dehors de chez lui, en un lieu redouté, parmi des

figures nouvelles, ne pouvant épancher ses craintes. L'état d'attente se mêle souvent à cet inconnu : attente banale de la visite du chirurgien, de son expression lorsqu'il examinera; attente très pénible parfois de l'heure de l'opération, du pansement douloureux; attentes inquiètes prolongées pendant des heures, des nuits interminables.

Comme éléments étiologiques des réactions psychiques chez l'opéré, il faut faire une place à un ordre de facteurs ayant des relations directes avec la personne même du malade : c'est *l'ambiance* dans laquelle il vit.

Chez lui, le malade est en contact avec les *siens* qui peuvent influer tant en bien qu'en mal. A l'hôpital, ce sont des *voisinages néfastes*, des conversations avec d'autres malades : être à la veille d'une amputation et voir revenir de la salle d'opérations un amputé souffrant, gémissant, malade de son anesthésie et, pour une raison ou une autre, mourant dans un lit proche après une nuit d'agonie et de douleurs, c'est une piètre préparation morale pour l'opéré de demain. Etre opéré d'une lésion abdominale, avoir toute une journée gémi, vomi, comptant sur une nuit de calme, de repos, et être dérangé par l'entrée de quelque blessé turbulent, encore sous le coup de l'ivresse d'où est née la rixe et la blessure, quel lamentable traitement postopératoire... et l'on pourrait longtemps continuer sur ce thème; c'est là cependant le sort journalier des opérés de nos hôpitaux ! Nous y reviendrons d'ailleurs plus loin, au chapitre des remèdes.

D'autres personnes approchent aussi du malade, dont le rôle sur le psychisme a son importance. Qu'il nous soit loisible ici de rendre hommage aux dévouements sans nombre, aux attentions que nous avons silencieusement admiré souvent et dont nous-mêmes avons été l'objet lorsque nous avons eu besoin de soins; on se plaît à reconnaître, chez les infirmières religieuses, un tact et une délicatesse infinie. Nous les avons quelquefois entendues s'efforcer de traiter, de consoler des esprits troublés par des fautes de psychologie et de simple charité commises auprès des pauvres êtres souffrants. Néanmoins, et nous en reparlerons, les infirmières ne sont pas toujours telles.

Plus importante encore est l'influence du *chirurgien* lui-même, de ses aides, de l'anesthésiste, des étudiants dans les hôpitaux. Les dehors physiques, une bonne stature, des traits marqués, une expression de force et de douceur à la fois, de la souplesse dans les gestes, le regard plein de la « beauté infinie qu'y met la bonté » sont autant de qualités seyantes au chirurgien. Elles ne sont pas négligeables, en ce sens que n'est pas « physiquement » chirurgien qui veut; la carrière est dure à parcourir et la force est plus que qualité accessoire, elle est indispensable.

Lorsqu'il arrive près du lit du malade, tout ce qu'il fait ou dit aura son écho sur le moral du malade, qu'il ne l'oublie pas : manière de s'exprimer, d'examiner, jeux de physionomie, etc. A l'hôpital, ces facteurs se multiplient par le nombre de ceux qui se pressent autour du maître. Indiquons que souvent on remarque de la part de jeunes étudiants, inhabiles à manier l'âme

des malades, des attitudes malheureuses, des gestes, des sourires entendus, des mots prohibés, mille erreurs de psychologie qu'un peu de bon sens agrémenté de charité éviteraient ou réprimeraient; qu'ils songent qu'ils n'assistent pas seulement à un cours, mais à une crise pénible de la vie d'un de leurs semblables. Ces « vétilles», diront beaucoup, peuvent avoir de funestes conséquences. Rivière dit qu' « il vit un simple geste entraîner la mort d'un malade qui aurait probablement guéri sans cela », et il ajoute: « Le malade qui a lu son arrêt de mort sur les physionomies qui l'entourent est un malade perdu, alors même que ce pronostic pessimiste n'est pas justifié ».

D'autres fois, on arrive à terroriser le malade par des recherches surabondantes ou bien, dans un but d'enseignement, par trop d'indications détaillées concernant, par exemple, les temps opératoires à exécuter. Si l'on vient à exposer minutieusement, et même avec beaucoup de précautions, le cas d'un cancéreux avancé, puis que, lorsque l'on veut s'éloigner, le malade, devinant la gravité de son mal et attendant donc l'acte qui le guérira, anxieux du résultat de toutes ces discussions, vient à demander, lui le plus intéressé: « Et alors, Monsieur le Docteur, qu'est-ce que vous allez me faire? Est-ce que vous pourrez me guérir? », quelle secousse morale on va lui infliger en lui laissant entendre, avec tous les détours que l'on voudra, qu'il n'a qu'à rentrer chez lui! Où sont les énergies dont il disposait lorsque, avec confiance, il venait demander conseil à ceux qui l'ont ainsi examiné?

Beaucoup de natures sensibles, et elles ont le droit de l'être, frissonnent à entendre nos propos, et il peut en naître une crainte néfaste; nous ne faisons même plus attention à certains mots qui nous paraissent tellement normaux, si simples, si courants, et nous n'imaginons plus que d'autres puissent s'en effrayer : « couper », « ouvrir », « curette »; « j'inciserai la peau ici, je me donnerai du jour », ce n'est rien pour nous, mais pour celui que la simple idée d'entrer à l'hôpltal, le simple mot d'opération fait frémir, ce peut être un choc moral réel. Dans une page de critique, un auteur trace un tableau moins exagéré que beaucoup ne le supposent : « Je commencerai, dit le chirur-« gien, lors d'une clinique, une large incision courbe « sur le dos du pied et d'un bord à l'autre; puis, arrivé « sur l'article, je l'ouvrirai; je rognerai au besoin « les parties scrofuleuses, car ce bonhomme doit être « un scrofuleux, comme la plupart des étrangers. « Peut-être enlèverai-je le calcaneum et l'astragale « par la méthode maslavonienne... Un médecin exo-« tique lui vantant un autre procédé, une discussion « sans fin s'engagea. Le maître dessinait de son large « index, sur mon pied, des incisions hypothétiques, son « adversaire obstiné y traçait des lignes au crayon bleu. »

Sur la table d'opérations, le sujet ressent vivement les émotions et, à ce moment-là, que de causes capables d'agir sur son moral très à l'épreuve : vue des préparatifs, plaisanteries de tous ces jeunes gens qui se soucient aussi peu que possible de la gravité de l'heure pour le malade pendant que l'un d'eux savonne, rase, badigeonne d'iode, endort enfin en ce milieu !

En dernier lieu, après les personnes, les choses, les lieux qui entourent le malade agissent en bien ou en mal sur l'âme. C'est la salle d'hôpital, lieu de misère et de douleur redouté par tous, son aménagement, sa luminosité; c'est le voisinage de la rue, du bruit; les odeurs, la fumée d'un voisin, etc., facteurs secondaires nombreux que tout le monde connaît, dont se plaignent les malades, et que, chose inouïe, on néglige.

Certes, nos cliniques surtout et nos hôpitaux sont en voie de progrès en ce sens; néanmoins, pour n'en citer qu'une, nous connaissons certaine chambre d'isolement d'infectés où, pour notre part, nous avons eu l'impression d'entrer dans un caveau, quand nous y sommes allés pour la première fois. L'aménagement a été amélioré selon les possibilités, mais la vue chez ces pauvres malades ne peut se distraire des murs ripolinés, mal éclairés, ou bien des quelques lits voisins, ou enfin de l'aspect de la muraille grise pour tout paysage, par les deux fenêtres donnant sur la cour étroite à cet endroit.

## II. — MODES DE RÉACTION VIS-A-VIS DE CES CAUSES

Voici quelques causes, quelques influences qui retentissent sur l'âme des malades; examinons quelles vont être les réactions d'abord, du psychisme, puis de l'organisme.

### 1° Du psychisme

a) *Les émotions.* — Les émotions à tendances dépressives représentent la réaction la plus habituelle de l'esprit lorsqu'il reçoit une impression désagréable. Ce sont des émotions à base d'anxiété : inquiétude, angoisse (avec ses formes : peur et terreur), énervement, agacement ; à base de tristesse : chagrin, abattement.

Tout à fait rarement, on voit des gens accepter les situations les plus graves, non pas sans émotion, mais avec des émotions à tendances optimistes : calme, résignation, satisfaction, quel que soit le sentiment très fort qui les anime ; Pascal, Hacke Tuke et d'autres en ont donné des exemples.

Les émotions à base de tristesse et d'anxiété sont les plus fréquemment observées dans les services chirurgicaux : Hartenberg dit « qu'elles se déclenchent « chaque fois que notre moi se trouve en présence d'une « situation anormale, inattendue, grave, qu'il s'agisse « d'un danger matériel ou moral..., d'une douleur, « d'un acte décisif à accomplir, voire d'un orage viscé- « ral ». N'est-ce pas là le pain quotidien offert au moral du malade des cliniques ?

Au plus faible degré, c'est l'inquiétude, « appréhension de quelque chose de grave », malaise physique indéfinissable, inquiétude de ce qui se passe au dehors, dans ses affaires laissées en suspens, chez les siens ; souci du résultat de la visite à venir ; incertitude de

ce qu'est son propre cas; ou bien inquiétude vague, imprécise, sentiment mal déterminé d'insécurité; vrai malaise moral.

L'anxiété est plus intense : c'est déjà une douleur morale; c'est la peur, raisonnée ou irraisonnée, raisonnable ou déraisonnable, par exemple de l'anesthésie, de ce sommeil quelque peu mystérieux, troublant, à l'idée duquel on se soumet avec des réticences; peur de ne pas se réveiller; peur, peut-être moins fréquente aujourd'hui, de souffrir pendant l'opération, car le peuple sait maintenant que l'on ne se réveille pas pendant l'opération; mais peur fréquente des fautes opératoires : hémorragie par accident, oubli d'un instrument, d'une compresse dans la plaie; peur de la douleur du réveil, des suites, de l'issue malheureuse, d' « y rester », de demeurer infirme, surtout peut-être peur de l'inconnu, des heures à venir. Il suffit d'interroger, ou mieux de faire interroger des malades par des profanes pour se rendre compte de la réalité et de la fréquence de ces craintes. Ajoutons encore la crainte pudique, parfois surprenante : nous avons vu venir un jour à un service une malheureuse, amenée à son corps défendant par une amie, une femme donc qui s'était laissée littéralement ronger la poitrine et les flancs par un cancer du sein parce qu'elle n'avait pas voulu « se montrer » !...

« Les rêves que vous donnez sont plus séduisants que les réalités que vous pouver offrir », a dit quelque part Anatole France. Ce n'est pas facile, hélas ! à faire comprendre.

L'angoisse, la terreur sont les degrés extrêmes

de l'émotion anxieuse qu'on rencontrera après les accidents de chemin de fer, après les batailles, etc. Les terreurs, au moment de l'anesthésie, sont assez courantes; nous en verrons des exemples plus loin.

L'agacement, l'énervement sont plutôt le fait de malades déjà opérés et qui commencent à récupérer leurs forces; ils sont agités pour la moindre cause ou même sans cause. L'insomnie, dans ces cas, est pénible, car le sujet exacerbe son irritation par des grattages des draps, par des mouvements, par l'activation de sa respiration, sa transpiration.

Les émotions tristes peuvent s'associer aux précédentes; le malade, assailli d'idées noires, s'apeure de tout; il rumine tout seul ses impressions, fixe son esprit sur tout ce qui peut advenir de fâcheux dans la marche de sa lésion.

Rarement enfin le calme serein, la résignation, la bravoure, une sorte de bien-être seront le mode de réagir de l'esprit. Le malade « blague », plaisante son infirmité, sa lésion.

Il est utile de faire mention de l'attitude de fausse bravoure qui laisse croire, à cause d'un effort incapable de durer, au calme et à la force devant la douleur à venir. « Rien n'est plus mauvais, dit Velpeau, que ces fanfaronnades de calme ou de résignation. Il semble que la vie s'épuise en se repliant sur elle-même, au point de rester ensuite incapable de résister à l'attaque qui vient de lui être portée. »

b) *Leur influence sur le caractère.* — Ces émotions, aux causes étudiées plus haut, détermineront des

retentissements variables suivant le terrain psychique (émotivité); aussi, ne saurait-on préciser un caractère de l'opéré futur ou récent, mais des aspects psychiques.

De très rares malades n'offrent à considérer aucune réaction de leur moral durant leur séjour à la clinique ou à l'hôpital; ou, du moins, s'ils en ressentent elles sont très faibles, passagères et insignifiantes (malades résignés ou indolents à l'excès). En général, après les émotions, les douleurs, l'opération, après la longueur parfois du temps nécessaire à la guérison, souvent entrecoupé d'incidents, de nouvelles interventions, il y a déséquilibre de l'harmonie antérieure du caractère.

Pendant la maladie, on peut observer des aspects de ce désordre plus ou moins manifestes, quelquefois dissimulés par le sujet.

On ne remarque guère de modifications de l'intelligence; il faudrait pour cela des lésions avec intoxication très profonde, prolongée; ce sont alors des entités nosographiques, tels des délires, des formes de manie aiguë. L'imagination est néanmoins fréquemment exaltée et l'attention atténuée au moins en général, car elle se fixe volontiers sur les phénomènes morbides d'où l'exagération des facultés de perception et ainsi l'hyperesthésie physique et morale.

Le plus habituellement, on observe ces troubles chez les émotifs; mais comme tout le monde l'est, en somme, ils sont fréquents.

Chez l'enfant on note parfois un excès de besoin de caresses; il lui faut la présence de sa mère, ses

chansons; il lui faut de l'affection. On peut retrouver aussi, chez l'adulte, si on la recherche, cette hyperaffectivité.

Quant aux malades difficiles, grognons, qui critiquent tout : le médecin, le personnel et eux-mêmes, les infirmières les connaissent bien; ils appellent sans cesse, ont toujours un besoin quelconque; on ne s'occupe pas assez d'eux, la prescription ne vient pas à son temps, la piqûre se fait attendre, le voisin qui crie à côté ferait bien de se taire... Ils sont d'autant plus désagréables à supporter que la gravité de leur cas est moindre. Qu'on n'aille pas prétendre que ces individus étaient, avant d'entrer à la clinique, des individus énervés et énervants; nous connaissons un jeune homme parfaitement normal, ni psychopate, ni dégénéré, qui, dans son état normal, se contente de tout et de rien, qui ne réclame jamais l'aide de personne, mais qui, durant un séjour assez long et pénible dans une clinique, mit singulièrement à contribution la vertueuse patience des Sœurs infirmières. Or, des maladies non chirurgicales n'avaient pas affecté de la sorte son caractère; notons, de plus, qu'il conserve une émotivité spéciale vis-à-vis de malaises physiques qu'il aurait auparavant totalement négligés.

Le découragement s'observe bien des fois, mêlé à une sensation d'impuissance; c'est un des troubles qu'il s'agira de combattre le plus énergiquement, car il fait céder bien des énergies et verser au pessimisme, qui est la pire des attitudes morales. La tristesse, la crainte, la peur, l'anxiété ont été étudiées;

leur répétition, leur prolongation portent sérieusement atteinte au moral.

Enfin, les troubles de l'activité sont fréquents. Le malaise psychique se traduit, chez les uns sous forme de réaction, d'excitation, de besoin de mouvement, d'énervement; le sujet ne dort pas, remue ses bras, ses jambes, s'agace; chez d'autres, soit alternativement, avec cette activité exagérée, soit isolément, c'est la dépression, le besoin de repos et, avec la manifestation correspondante de l'affectivité, on trouve réalisé l'apathique inerte, abattu, incapable de lutter, s'affectant du moindre incident, n'ayant plus de réactions.

En somme, sans prétendre avoir indiqué, ce qui serait fastidieux, tous les troubles du caractère observés chez le malade de chirurgie, en rapport avec ses émotions, remarquons que, en général, la note particulière semble être une tendance aux réactions égoïstes, pessimistes, dépressives; Dubois dit des « hypo-mélancoliques ». En tout cas, le manque de réactions, l'exagération accusée de l'émotivité, celle aussi de la suggestibilité sont, pour nous, les traits essentiels de l'âme du blessé, de l'opéré, avec diminution de la personnalité, asthénie, diminution de la volonté. Est-ce inconsciemment pour ces raisons que l'on a bien souvent répété du blessé qu'il était un « grand enfant »?

## 2° Mode de réaction de l'organisme

Les réactions ne se bornent pas à ces troubles du caractère; il existe aussi une foule de retentissements

physiques transmis aux organes et aux glandes endocrines d'abord, par voie sympathique. Ce sont des spasmes divers, des sensations cénesthésiques, des palpitations, la pâleur, l'hypotension et, plus grave, l'arrêt du cœur, la mort rapide.

On peut schématiquement classer ces troubles en :

*Troubles glandulaires.* — Ce sont les plus importants, avec perturbations secrétoires et musculaires lisses des conduits excréteurs. Les pleurs, si coutumiers à l'enfant, sont bien à déclenchement psychique ; ainsi en est-il de la suractivité de la sécrétion sudorale, accompagnée de la sensation de refroidissement, « la sueur froide », dit-on ; du même ordre encore est l'hypersecrétion des glandes intestinales accompagnée de phénomènes moteurs péristaltiques exagérés, constituant un brusque flux diarrhique : c'est la colique des combattants et celle aussi des candidats.

D'autres fois, ce sont les glandes à acide chloridrique de l'estomac qui fonctionnent avec excès, produisant des brûlures, le « cuisant », liées à la peur. La spermatorrhée émotive rentre encore dans ce cadre ; de même l'ictère émotif, « dont on a en vain « tenté de nier l'existence il y a quelques années pour « en faire une hépatite infectieuse », dit Pron ; il est dû, pour François Franck, plus au spasme du sphincter de Oddi, réalisant un ictère par rétention, que par abus de la secrétion, ce qui donnerait un ictère par polycholie.

D'autres secrétions sont, au contraire, ralenties ; c'est surtout celles des glandes salivaires, d'où la

sensation de sécheresse à la gorge. C'est aussi l'oligurie qui n'est pas une rétention, comme pour la bile, car nous retrouverons plus loin le relâchement du sphincter vésical. On a même vu des anuries émotives. Hæckel cite des cas contraires de polyurie liée à des angoisses, lors de graves traumatismes. La secrétion lactée peut subir aussi une diminution lors d'émotions; Marfan indique, en outre, une viciation de sa constitution puisque, « en cette « occurence, le nourrisson peut diminuer de poids et « être pris de diarrhée »; des analyses ont montré, dans ces conditions, « plus d'eau et de caséine moins de « sucre, de sels et surtout de beurre ».

Comme troubles de secrétions internes, rappelons surtout celui que beaucoup d'auteurs américains, Cannon entres autres, mettent au premier plan lors de la production du choc : l'hypersecrétion surrénale « entraînant, dit-il, l'excitation anormale des « autres glandes et du sympathique ». Guillaume cite que cet auteur « a pu provoquer une hypersecrétion « thyroïdienne immédiate... par excitation des nerfs « afférents de la surrénale ». Ainsi donc le syndrome de Basedow, si souvent d'origine émotive, serait sous la dépendance du trouble de la surrénale; la guerre, on le sait, a déterminé un important accroissement des cas de ce syndrome de Basedow chez les jeunes soldats du front; à Nancy, M. le professeur Etienne a rapporté de nombreux cas dus aux émotions lors des bombardements. Il a signalé aussi, comme d'autres auteurs, des cas de glycosurie « brusque, « passagère », émotionnelle; on a rapporté, de même,

l'hyperglobulie, l'hypercoagulabilité du sang à la suite d'émotions graves : est-ce dû à une action de la rate, du pancréas ou autre? La réponse est encore à venir. La métrorragie émotive, que Fabre a récemment étudiée dans sa thèse, serait due à une exagération de la secrétion interne ovarienne.

*Troubles circulatoires.* — On observe souvent, lors de la douleur vive par exemple, ainsi qu'en fait foi l'observation intéressante rapportée par Blechmann, du médecin qui se fit opérer d'appendicectomie sans anesthésie, une baisse rapide de la tension Mx et Mn, ralentissement du pouls jusqu'à la syncope. On sait toute l'importance de ce symptôme dans les manifestations du choc. Pour M. le professeur Etienne, à la suite de ses observations, la peur détermine une hausse rapide de la pression, vite suivie d'une baisse. Rangeons ici la pâleur par vaso-constriction, les rougeurs au contraire, tel l'érythème pudique bien banal.

*Troubles moteurs viscéraux.* — Ce sont la dilatation des pupilles, l'ouverture de la fente palpébrale, qui ne sont pas pour rien dans l'expression extérieure de l'angoisse; du côté du larynx, c'est un spasme avec voix rauque, étranglée, ou plus, l'impossibilité de parler. Dans la sphère de l'estomac, ce spasme détermine le vomissement.

Au niveau de la vessie, de l'anus, le relâchement des sphincters, lié aux spasmes des organes, provoque fréquemment, sinon l'incontinence, du moins l'émission de quelques gouttes d'urine et parfois de matières fécales, impossibles à retenir.

Les troubles moteurs des *muscles striés* consistent principalement en tremblement quelquefois violent; enfin, en contractions et relâchement des muscles de la face, donnant la mimique spéciale à chaque émotion.

*Troubles sensoriels.* — On a noté l'hyperacousie, dont on devra prendre garde; d'autres fois, la baisse de la vision; des troubles aussi des organes de l'équilibration, avec sensation de vertige et chute.

### 3° Etats cliniques en rapport avec le psychisme

Tous ces signes ne se rencontrent pas isolés, mais groupés en une infinie variété offrant à l'examen des états très graves particuliers, mortels parfois, le choc psychique émotionnel; ou bien des syndromes dissociables au milieu d'autres états morbides, tel le choc traumatique.

Ainsi nous étudierons :

1° Le choc plus ou moins brutal;

2° Les tableaux plus ou moins précis de troubles dus au psychisme chez un blessé, un traumatisé futur opéré, ou un ancien opéré.

1° Etudions d'abord le choc psychique :

Dans les cas les plus sévères où le seul psychisme peut répondre de la gravité des accidents, il n'y a rien d'abusif à nommer un tel état un « choc psychique », pour donner une étiquette cadrant avec la terminologie d'aujourd'hui et pour accorder une

personnalité définie à « l'émotion choc» de Ballet, à la rupture « de l'équilibre psychique» de Babinski, etc.

Nous définirons le choc psychique : un état grave, sérieux, de rupture d'équilibre des fonctions organiques parti d'une impulsion des centres psychiques normaux. Tels seront la syncope, suivie ou non de mort, ou les états voisins des autres chocs connus; nous écartons ainsi tous troubles chez les mentaux.

Ce choc, on le rencontrera après une manifestation des fonctions de l'esprit, telle la peur, l'émotion. On a affaire à une état comparable aux états de choc traumatique, hémorragique, toxique, différent comme eux de la commotion cérébrale, des comas, de l'hémorragie cérébrale.

Il est à noter, d'ailleurs, que cet état, tout comme ceux de choc anesthésique, hémorragique, opératoire, peut s'ajouter au choc traumatique toxémique, pour jouer un rôle important dans la genèse de certains chocs complexes.

Citons quelques exemples de choc psychique grave, seul responsable des accidents.

La nièce de Liebnitz trouve tout à coup, sous son oreiller, une somme de plusieurs centaines de mille francs; de joie, elle fait une réaction telle qu'elle meurt.

On doit à Hack-Tuke le cas universellement connu d'un individu condamné à mourir de la saignée. La condamnation à mort, les terreurs depuis ce moment jusqu'à celui où on se prépare à mettre à exécution la sentence, sont quelques-uns des facteurs

émotifs qui, en pareil cas, hypersensibilisent le psychisme, le conduisent à un état de telle tension anormale qu'il va réagir terriblement au reçu de la moindre épine irritative. On pique le malheureux au bras, on fait couler de l'eau tiède sur son bras, il pâlit, s'effondre et meurt.

Lauder Brunton nous fait assister à la fin brutale d'un étudiant sur le cou de qui on laisse tomber une serviette mouillée, alors que son psychisme venait d'être ébranlé, d'une façon semblable, par un simulacre de jugement et de condamnation.

Les médecins légistes rapportent des cas nombreux de mort dite par inhibition. M. le professeur Michel et M. le docteur Morin ont rapporté récemment le cas d'une femme qui, se croyant enceinte alors qu'elle est veuve, essaie de se faire avorter; on imagine son agitation extrême lors de ses tentatives clandestines : sans la moindre lésion, elle meurt subitement et l'autopsie ne révèle que la réplétion de l'estomac. Il n'y avait même pas grossesse.

Tel est encore le cas, cité dans son cours par M. le professeur Parisot de la femme qui se présente chez un docteur dans un état de très grand énervement, désirant ou redoutant le diagnostic de grossesse; au seul toucher, elle meurt subitement.

Vibert pense que les phénomènes de cette gravité sont rares et que souvent ils sont remplacés par d'autres, moins sévères et qui disparaissent sans laisser de traces.

On s'accorde pour considérer l'état de digestion comme cause prédisposante. Nous ne croyons pas,

néanmoins, que l'on puisse écarter l'importance primordiale de l'émotion. Dans le cas qu'indique Brouardel, de l'ouvrier en colère qui, lors des grèves, hurle et vitupère chez son patron et tombe foudroyé lorsque celui-ci le repousse, on ne saurait mieux se rendre compte de l'influence de l'état d'esprit dans la production de l'accident.

M. le docteur Guillemin nous a communiqué le cas d'un soldat qui, lors d'une attaque en 1915, fut pris d'une peur si intense qu'il tomba en syncope et mourut deux jours après, sans qu'on ait pu rapporter la mort à une autre cause qu'à cette frayeur.

La peur de l'anesthésie peut parfois provoquer de tels drames.

« Même seule, dit Farabeuf, l'appréhension de « la peur a suffi pour tuer subitement quelques « malades. »

Gwathmey rapporte qu'un de ses malades, qui devait subir une vulgaire amygdalectomie, fut pris d'une peur telle au moment où il fut sur la table d'opération, qu'il s'enfuit et ne revint jamais.

Chez un autre, « l'élément psychique prédominait « à un tel point, dit le même auteur, qu'il mourut « subitement quand on se mit à savonner la place « pour une opération de hernie ». Un autre patient était si apeuré à l'idée de l'anesthésie, qu'on versa de l'eau sur le masque dans l'intention de calmer ses angoisses. Avant qu'on eût donné une seule goutte de chloroforme, il tomba en syncope et succomba.

Nous avons déjà parlé de malades ayant peu souffert; l'état de leur moral, à cause de la lésion

apparemment peu grave, n'est pas en rapport avec la solution toujours très sérieuse pour eux de l'opération. On constate souvent chez ces prédisposés de tels accidents. Il nous revient à la mémoire un cas trop personnel de ce genre qui « resta » sur la table pour une bien minime opération : un paraphimosis. Tous les chirurgiens ou anesthésistes qui ont vu de ces cas diront volontiers qu'une circonstance est surprenante, c'est la bénignité de l'intervention qu'on devait entreprendre.

Précisément, et si le psychisme du blessé était analysé, bien souvent on verrait que le choc émotionnel de ces sujets dépasse en intensité celui des malades prêts à subir des opérations plus sérieuses, mais à l'idée de laquelle ils se sont faits depuis longtemps. Les enfants très émotifs, très peureux, se trouvent être dans une situation psychique semblable.

Moins tragiques, mais non moins probantes, sont les deux histoires suivantes; l'une, bien connue, celle du malade de Page a qui on donne un violent coup sur la pointe du soulier et qui en tombe en syncope. L'autre, plus amusante, rapportée par Poucel dans sa thèse, nous montre, lors des manœuvres du Service de Santé, un homme désigné comme « blessé », transporté à l'hôpital; il avait, disait la fiche, un traumatisme du ventre. Comme on travaillait sérieusement, le soi-disant blessé fut étendu sur la table d'opérations et tout un groupe de chirurgiens militaires, blousés de blanc, avant-bras nus, entra; chacun prit sa place, certains se dirigeant vers une table dressée et couverte d'aciers étincelants;

le pauvre soldat se mit à pâlir et, sans doute, à ressentir quelques pénibles impressions. Mais, lorsque consciencieusement l'officier de l'état-civil s'approcha de lui pour lui demander s'il n'avait pas de dispositions à prendre vis-à-vis de sa famille, il s'écria qu'il ne se trouvait pas si mal et tomba en syncope. Poucel fait remarquer qu'il revint à lui. Mais, cependant, que sont nombreuses les diverses émotions sérieuses que peut avoir à subir un malheureux blessé réel, cette fois, alors que sa résistance est bien diminuée.

Chez la nièce de Liebnitz c'est bien le choc psychique au sens duquel nous l'entendons. La sensation visuelle d'une liasse de papiers ne peut causer la mort, pas plus que la sensation tactile d'une serviette froide, ni que celle d'une piqûre au bras, etc... Mais ces émotions concordaient avec un état d'éréthisme extraordinairement intense du psychisme et c'est celui-ci qui, par un processus que nous essaierons d'indiquer plus loin, a déterminé la rupture définitive dans l'équilibre des fonctions organiques qui n'étaient nullement lésées.

Certains diront : N'y avait-il pas un anévrisme prêt à se rompre ou quelqu'autre faiblesse de ce genre; nulle importance; l'équilibre instable avait besoin d'un moindre dérangement, voilà tout; le dérangement n'en est pas moins d'ordre psychique. Quant au faux blessé de Poucel et au soulier écrasé de Page, voilà bien deux individus au psychisme absolument normal à l'état de santé de même, et que l'on voit, l'un progressivement et l'autre brusquement arriver à l'état de choc psychique. L'aspect

clinique est celui de la syncope foudroyante avec perte de connaissance, arrêt du cœur et de la respiration. Ou bien c'est celui du choc qui est décrit de tous côtés, ou bien il peut être celui de l'obnubilation de la conscience, de la sensation de vertige, de la perte de connaissance avec abattement, sensation de coup dans un viscère (ce que les gens disent « ça m'a fait un coup dans l'estomac »).

2º Lorsque le psychisme ne peut, à lui seul, répondre des accidents observés, nous sommes en présence ou bien d'un blessé choqué, ou bien d'un choqué ou non, chez lequel, soit dans le choc, soit dans l'état général, il y a un élément dû au trouble psychique.

L'expérience de la guerre a montré très souvent l'importance des terreurs, des épouvantes au moment de la blessure dans l'éclosion du choc.

Quénu, lors des discussions et des études sur la pathogénie du choc traumatique, durant les années 1917 et 1918, s'est appliqué surtout a démontrer la différence entre les états du choc qu'il appelle immédiats, assez peu fréquents, hémorragiques ou nerveux, psychiques (commotion morale), ceux qui nous intéressent, et les autres primitifs (toxhémiques, hémorragiques) ou secondaires (complexes).

Dans ces deux derniers, la toxhémie explique le choc. Quénu accepte néanmoins l'épithète de « complexes », car il y a lieu de faire une part à l'élément psychique.

Lorsque cette toxhémie n'intervient pas, comme dans les plaies abdominales dans lesquelles on n'a pas de matière intestinale épanchée, pas d'hémorragie

grave, Quénu accepte la « défaillance momentanée, « en rapport parfois avec le choc émotif ou psychique ».

Il nous revient à la mémoire le cas d'un malheureux arrivé en plein état de choc à une ambulance où on l'opéra après réchauffement, injection de sérum adrénaliné, huile camphrée, etc.; la mort survint bientôt et, dans le délire qui la précéda, on ne percevait guère d'autres mots que ceux qui se rapportaient à ses angoisses récentes, à sa surexcitation et non à sa douleur actuelle, très réelle cependant. Ces angoisses qui persistaient les plus vivaces parmi ses sentiments, presqu'exclusives dans son esprit, avaient été pour beaucoup indubitablement dans la suite de tous les états qu'il traversa depuis la blessure jusqu'à la mort prochaine.

D'ailleurs on peut dire que, chez presque tous les blessés graves, une part importante des troubles du choc, plus ou moins intense, revient à l'état moral atteint par les causes nombreuses que nous avons mentionnées.

« ...L'accident, sous toutes ses formes, dit Hæckel, « dont les plus ordinaires sont ceux de chemin de fer « et de voitures, les chutes d'un lieu élevé, les attentats, « les coups violents portant sur le crâne, la face, « l'abdomen, au niveau des plexus solaires, de la région « cardiaque, de la nuque; les blessures de guerre par « artillerie, bombes, torpilles, grenades, compliquées « d'ébranlement sensoriel, d'ensevelissement passager, « d'asphyxie par les gaz toxiques ou par immersion; « les incendies, les naufrages, les chutes à l'eau avec « menace de noyade, agissent autant par la surprise

« immédiate, la douleur et le choc physique, que par « la peur et consécutivement la rumination, le doute, « la réminiscence consciente ou non, l'autosuggestion, « la crainte de la diminution physique, de la perte d'un « membre, de sa section, de son broyement, de sa paralysie, etc... Dans tous ces cas, on ne peut penser que « le traumatisme se transforme, en réalité, en une « émotion psychique suraiguë. Il est difficile de séparer « ici les influences du somatisme et du psychisme. « Le traumatismer enferme donc toujours un élément « psycho-émotionnel secondaire à côté d'un facteur « somato-émotionnel primitif. »

Dans toutes les guerres, on a remarqué la mortalité beaucoup plus grande des blessés dans les armées vaincues que dans les armées victorieuses; soins moins bons, certes, mais on ne peut contester que l'état moral de pessimisme soit la principale raison de la très grande différence des résultats. Gosselin affirme : « Pour que les plaies aient de la vitalité et « se cicatrisent bien, il faut que le blessé dorme et mange « bien, ce qu'il ne fait pas s'il a l'esprit préoccupé et « attristé ».

Chez les malades non blessés, le choc psychique sera lié souvent aux chocs anesthésiques ou chirurgicaux, ou alors ce seront, moins manifestes, des troubles plus ou moins isolés que nous avons énumérés plus haut.

L'importance du choc psychique, lié au choc anesthésique, a été étudié par divers auteurs américains : Crile, Keen, Gwathmey en particulier. Lorsqu'un individu monte sur la table d'opérations,

aussi tranquille qu'il puisse se dire, car l'homme s'avoue peu volontiers ému ou en état de peur, la simple imposition de la main sur la région précordiale permet de constater des battements précipités, souvent une sueur perle au front ou la parole est mal assurée; l'attitude est un peu feinte, un peu fanfaronne, quelquefois beaucoup, mais aussi on observe chez d'autres de l'anxiété bien plus marquée.

Sera-t-on surpris que ce psychisme déjà lésé, commençant à manifester son désarroi, soit tout prêt, si on n'y prend garde, à déclancher des phénomènes plus graves à la moindre émotion forte ajoutée à l'intoxication plus ou moins prononcée de la drogue; les premières bouffées de l'anesthésie pourront réaliser cette cause déterminante. D'autres fois, c'est au bout d'un temps prolongé d'une anesthésie entreprise sur un sujet aussi très ému au début, ayant présenté de vives réactions, qu'on observera des alertes ou des syncopes; l'état, déjà affaibli par les secousses émotives, y prédisposait.

Quant au choc psychique ajouté au traumatisme chirurgical, Crile l'a bien étudié, dissocié des autres éléments du choc opératoire.

Il pense que le psychisme et ses centres corticaux sont lésés plus qu'on ne le suppose généralement; l'anesthésie, qui supprime la conscience, ne suffit pas à garantir les centres différenciés et spécialisés contre les divers éléments du choc : les sensations qui arrivent au cerveau endormi, par exemple, lors d'une section nerveuse, du tiraillement péritonéal, de manipulations viscérales, d'écartement des tissus,

ne sont pas ressenties analysées; mais, néanmoins, ils laissent une empreinte dans ces sphères et peuvent aider au déclanchement des réactions de choc. Crile, comme nous le verrons plus loin, en tire des indications dans le traitement préopératoire et opératoire du patient, en vue de la protection de ces centres psychiques.

On constate, à bien d'autres moments de la maladie encore, l'influence du psychisme sur son évolution. L'atteinte du caractère avec tendances pessimistes, dépressives, est une bien mauvaise condition pour le rétablissement des opérés. Dans les ambulances chirurgicales de l'avant, nous avons été à même de remarquer, comme beaucoup d'autres, les résultats parfois compromettants de l'émotion, lorsque la formation sanitaire venait d'être bombardée. On trouvait, chez ces héros de la veille, une véritable indisposition, ne serait-ce que dans la courbe de température; on remarquait très fréquemment même, chez des blessés apyrétiques, un « clocher » en relation avec le bombardement. Tous les jours, les chirurgiens et médecins sont à même de constater la différence dans la marche de la maladie, dans les cicatrisations des plaies, les processus de rétablissement chez les démoralisés, les apathiques ou les gens toujours gais malgré les incidents, toujours optimistes, les « malades tant pis » ou « les malades tant mieux », si l'on peut dire.

Le malade tant pis, nous l'avons vu disparaître tristement il y a peu de temps en la personne d'un de nos camarades qui, se sachant compromis depuis

des années, se laissa littéralement mourrir lors d'une attaque de son mal, avec une nonchalance déconcertante, ne se donnant plus la peine d'avaler ses drogues, négligeant tout soin, se refusant, pour ainsi dire, à toute réaction. Ce moral déplorable aida à n'en pas douter et manifestement à la rapidité extrême de cette évolution.

## III. — ESSAI DE PATHOGÉNIE

S'il n'est pas aisé de découvrir le mécanisme intime qui, d'une plaie contuse, mène au cortège de phénomènes réactionnels connus sous le nom de choc traumatique, combien plus délicate sera la recherche de filiation au traumatisme moral, des états organiques variés du choc moral ou des autres réactions générales.

Aujourd'hui, on ne défend plus guère les théories d'inhibition réflexe du choc traumatique par paralysie des centres vitaux du bulbe; exemple: théorie de la désoxygénation du sang; à la suite de la paralysie du système régulateur artériel, il y aurait afflux sanguin dans les viscères, d'où insuffisance de sang oxygéné dans le reste du corps; théorie de l'acapine, qui explique l'hypotension par un phénomène contraire: une suractivité respiratoire lors de la douleur détermine une diminution du $CO^2$ dans le sang; or, ce $CO^2$ est le stimulant des centres bulbaires. On semble de plus en plus partisan, avec Quénu, de la théorie toxique du choc traumatique, non pas

immédiat mais primitif, par résorption des albumines nées de la contusion intense des tissus. Cannon vérifie cette hypothèse en produisant le choc par écrasement, sans plaie, des parties molles d'un membre.

Mais quelle est l'action de ces toxines? Nous ne discuterons par les hypothèses mal précisées qui ne nous intéressent pas directement. Qu'elles soient nées de l'attrition des tissus ou des secrétions microbiennes, on pense qu'elles agissent sur le système sympathico-endocrinien, notamment, nous l'avons vu, sur les surrénales, « entretenant, dit Cannon, par leur hypersecrétion d'adrénaline, une excitation anormale de tout ce système ». Tout à fait récemment, MM. P. Masson et L. Berger trouvent que certains tissus endocriniens, qui déversent leur secrétion dans le sang, peuvent les déverser aussi dans les nerfs directement; ils y circulent à la façon de toxines tétaniques; cette hypothèse rend bien compte des troubles dits nerveux par viciation des secrétions internes. Pour l'école de Widal, les albumines déterminent un choc humoral analogue à celui de l'injection d'histamine dans les veines. En tout cas, la participation des glandes endocrines explique bien la genèse des manifestations du choc; nous avons mentionné, en effet, leur trouble considérable lors des émotions de la douleur, etc. Le processus du choc traumatique peut être schématisé :

1° Lésions organiques importantes ou multiples brutales;

2° Formation et décharge toxique avec action sur

le système sympathico-endocrinien « qui, dit Pron, ontogéniquement comme physiologiquement » n'est qu'un.

Nous voudrions essayer d'établir un parallélisme dans la genèse du choc moral.

1° A la suite de recherches scrupuleuses et minutieuses, on a vu que les phénomènes de la vie psychique, tels l'idéation intense, la vive émotion, la peur, la colère, le choc moral, déterminent des altérations constatables dans la structure si fine de la cellule nerveuse centrale, organe délicat et puissant.

Mosso déjà, en 1905, insiste sur la modification de température d'ordre circulatoire dans le cerveau, lors de la peur. Sollier, Ribot définissent l'émotion, sans en préciser plus la nature. Hæckel, récemment, et Crile, en Amérique, précisent les modifications structurales du protoplasme du neurone. Parascendalo observe une vacualisation et une chromatolyse après le choc psychique, analogue aux lésions décrites par Austin après les grandes frayeurs et les grands traumatismes. Crile indique des lésions semblables après le sacrifice d'animaux effrayés et courrus mais non blessés, de même après les pincements, les traumatismes, les tiraillements, lors des opérations chirurgicales. Nous l'avons vu, la constitution émotive, ainsi que l'entend Dupré, prédispose à ces lésions; elle s'explique, selon Hæckel, par des modifications originelles dans le mode de nutrition cellulaire, un vice d'assimilation ou de désassimilation, avec abondance de déchets libérés ou retenus, d'où

le vice de dynanisme fonctionnel, de l'excitabilité, de la réflectivité, de la décharge potentielle. On imagine volontiers une telle altération prédisposante au choc par l'effet de la maladie chirurgicale, les altérations importantes du blessé, etc.

Ainsi, nous établissons le premier terme du processus : la lésion de la cellule lors du choc moral.

Nous devons la supposer ou tout à fait intense, brusque, comme lors d'un de ces ébranlements psychiques considérables que nous avons cités, ou très abondamment multipliée, renouvelée, grande addition de secousses émotives. Ces deux conditions se retrouvent aussi pour le choc traumatique : grand écrasement avec attrition des tissus ou multiplicité des plaies. Nous ajouterons aussi le même genre de causes secondaires pour les deux chocs : état de fatigue antérieur, mauvaises conditions de tous ordres, état de plénitude, d'action, de l'estomac, etc.

2° La théorie du choc, selon Quénu, admet, après le traumatisme, la formation de toxines, et, par diffusion, leur action sur le système sympathico-endocrinièn (choc humoral pour d'autres).

Or, après le choc moral ou une sommation d'émotions, n'est-il pas admissible que les échanges, intensifiés au niveau de la très vaste surface des circonvolutions corticales et des noyaux basilaires, amènent une surproduction de déchets. Ou mieux, selon la conception toute récente que nous indiquions de Masson et Berger, une « neurhormone », en tous cas, une sorte de secrétion bien capable de réaliser, elle aussi, un retentissement par voie sanguine ou neurale

(peut-être les deux) sur le même système sympathico-endocrinien? Nous avons déjà dit l'importance, pour Cannon, de l'hypersecrétion d'adrénaline, ainsi provoquée, dans l'établissement du choc.

Ajoutons que, de plus, « in situ », la cellule après ces modifications, perd de sa vitalité; elle ne fonctionne plus normalement, d'où par diffusion, selon Sollier, ou manque de diffusion de ses énergies aux cellules voisines, notamment des centres psychiques, la diminution des fonctions de l'âme, l'amoindrissement du stimulus vital, la démoralisation... Et les résultats de ces deux processus sont des phénomènes semblables à ceux du choc traumatique, étant de même ordre; on les rencontrera isolément pour leur propre compte, ou bien mêlés d'une façon intime, inséparables, à ceux de ce choc traumatique des « poly-blessés », à ceux du choc opératoire, anesthésique.

Ainsi nous voyons rapprochés ces états de choc que l'on sépare trop l'un de l'autre au détriment du choc moral négligé parce que moins expliqué, entaché de l'épithète « nerveux » qui paraît impliquer de nos jours une sorte de tare, de manque d'intérêt, aux troubles ainsi qualifiés.

Et si, en effet, comme le pensent Quénu et son école, l'état émotionnel ne crée pas le choc traumatique, il crée un semblable état de choc moral dans les cas sérieux ou, plus fréquemment, des troubles généraux plus simples. Mais alors que ces auteurs attribuent à une dépression nerveuse la « commotion morale », le « choc immédiat non hémorragique », il nous paraît plus satisfaisant de rattacher à cette diminution du

stimulus supérieur, un processus semblable à celui qu'on s'accorde à reconnaître à la base du choc traumatique : une toxine par participation endocrinienne.

Pour terminer cet essai pathogénique, il est intéressant de citer une hypothèse toute récente de Crile, qui mérite d'être envisagée comme tout ce qui cherche à éclaircir cette situation encore brouillée. Elle vise d'ailleurs plus qu'à expliquer le choc; comme dit l'auteur, « elle explique le phénomène de la vie».

L' « interprétation électrochimique de la constitution de l'homme» nous représente la cellule comme un élément électrochimique à noyau positif et à protoplasme négatif; l'oxygène, l'eau, sont le milieu conducteur aux dépens de qui se réalise, au sein des cellules, l'acide qui altère les milieux et provoque la différence du potentiel.

Tout l'organisme, assemblage des ces unités électriques, forme lui-même une sorte de batterie dont le potentiel le plus élevé est au cerveau et le plus bas au foie. Ainsi l'influx électrique, venu du cerveau, chemine vers les glandes, les muscles et, en dernier lieu, le foie. Il étaye ses opinions sur des mesures de variations de conductibilité, lors d'expériences de stimulation et d'épuisement des organes, variations qu'il trouve être parallèles aux modifications histologiques.

Le choc alors « est dû à une diminution de la diffé-
«rence de potentiel entre les pôles de l'organisme;
«celle-ci est secondaire à une chute du potentiel de
«tout le cerveau, résultat, à son tour, d'une baisse
«de potentiel au niveau de ses cellules constitutives».

Ainsi s'expliqueraient les degrés progressifs de démoralisation, d'épuisement... jusqu'au choc. « Quand «la différence de potentiel est à zéro, l'organisme est «mort.»

Très ingénieuse, cette hypothèse nécessiterait des vérifications difficiles. Crile néanmoins, soucieux de diminuer toute influence défavorable au psychisme, en tire, comme déduction, un traitement dit anoci-association, que nous examinerons bientôt.

## CHAPITRE II

# Traitement du moral

1° *Différenciation de psychothérapie et traitement du moral.* — Avant d'aborder le chapitre de la thérapeutique particulière à mettre en œuvre vis-à-vis des troubles du psychisme du malade de chirurgie, soit pour les prévenir, soit pour les traiter, il importe de préciser un point de définition; une distinction capitale est à établir entre deux termes bien différents: d'une part, la psychothérapie; d'autre part, la thérapeutique du psychisme.

Depuis relativement peu d'années, on s'intéresse de plus en plus aux manifestations, quelles qu'elles soient, du psychisme dans ses rapports avec les états morbides dits « nerveux », les névroses, mais aussi avec les troubles organiques divers, et, au fur et à mesure, plus pénétrés de l'influence très réelle que possède l'esprit sur le corps, bien des chercheurs songent à utiliser cette force méconnue et mal dirigée pour rétablir l'harmonie du fonctionnement de l'esprit et même de l'organisme. Nous ne pouvons omettre de redire l'importance des travaux de l'école de Nancy, depuis Liébaut, Bernheim, Liégois, dans ces études qu'elle a scientifiquement consacrées.

Les élèves de ces maîtres, dans différents pays, poursuivent l'œuvre commencée à Nancy et s'efforcent de faire utiliser la toute puissance de l'esprit comme moyen thérapeutique de l'esprit lui-même et du corps aussi.

A ces modes d'action du traitement « par l'esprit », nous appliquerons le terme de psychothérapie, comme on dit, pour le traitement « par l'électricité »: « électrothérapie », ce qui ne signifie pas traitement « de l'électricité », comme le fait fort justement remarquer P. Janet.

Dans les moyens psychothérapiques, fort nombreux, rentrent: la suggestion, auto ou hétéro, à l'état de veille ou de sommeil, l'hypnose, la psychanalyse, les cures de direction, de raisonnement, etc., et des moyens accessoires tels le repos, l'isolement, « cures d'économies », dit Janet.

Mais la thérapeutique de l'esprit est une tout autre chose; sans être opposée à la psychothérapie, elle en est distincte. Elle peut utiliser, utilise obligatoirement même, des moyens psychothérapiques en vue de traiter l'esprit, le moral; mais son but est autre.

Et c'est, comme nous l'avons vu, persuadés de l'influence nuisible ou bienfaisante des attitudes morales chez l'opéré (dans le sens très large du mot), que nous allons nous occuper de la thérapeutique de l'esprit; nous n'étudierons donc pas les moyens psychothérapiques, ce qui, d'une part, nous entraînerait à des discussions de doctrines, de méthodes qui nous mèneraient beaucoup trop loin, et, ensuite,

n'est pas dans le cadre de notre travail : à savoir les soucis à prendre de l'âme du malade.

2° *Quelques mots de psychothérapie.* — Quelques mots nous suffiront pour dire qu'aujourd'hui on ne songe guère à refuser à l'esprit une puissance éducative et thérapeutique mentale. On est beaucoup moins fixé sur l'opportunité de lui accorder pareille puissance sur les lésions organiques et là où certains voient l'indiscutable preuve de la force de l'imagination, de la volonté de la raison (selon les écoles) dans les guérisons de lésions organiques, par les moyens psychothérapiques (voire par les miracles), d'autres demandent des vérifications scientifiques, ou même versent à croire que les troubles guéris étaient d'ordre trophique, sympathique, n'étaient que des manifestations de névrose pour lesquels nul ne nie plus la valeur des méthodes psychothérapiques.

Sans prendre parti signalons que, malgré les résistances, les partisans de l'influence omnipotente de l'esprit semblent gagner du terrain. A notre avis, l'étude est très intéressante et vaut la peine d'être un peu envisagée par chaque futur thérapeute, avec beaucoup de sens critique, c'est vrai, mais sans parti-pris.

De toutes façons, quelques moyens psychothérapiques au sens vrai de : traitement par l'esprit, sont acceptés par tous sans discussion, mais quant à l'action sur l'esprit et non sur l'organisme. On ne nie pas la culture de la volonté, son « éducation rationnelle », selon le terme de Lévy ; on ne nie pas la force de l'imagination, du raisonnement.

Quand un chirurgien voit arriver un de ces ankylosés, atteint de sinistrose ou non, il s'efforce, en clinicien, de rechercher dans le trouble fonctionnel ce qui revient au psychisme — et raisonnant, selon Dubois, amicalement le sujet, lui faisant comprendre la part que prend son esprit dans la lenteur de la guérison — en psychanalysant, selon Freud, celui qui a besoin qu'on lui montre ses bonnes raisons refoulées de retarder sa guérison,— tout en dérivant, par la parole, l'attention de celui que l'on soupçonne conscient de la participation de son esprit, atténuant, par des manipulations, la raideur articulaire, puis, par un brusque rappel de l'attention, montrant au malade ce qu'on est en train de faire exécuter — soit encore, chez celui qui, de très bonne foi, est inconscient de la part de son psychisme, en inculquant, en suggérant, au sens le plus large, l'idée, l'imagination des mouvements possibles à exécuter, à tenter avec confiance — soit de toute autre façon, le chirurgien aura rendu service au malade, aux patrons, à la société et ceci par des moyens psychothérapiques. Même si, brusquant tout (ce qui ne serait pas toujours justifié), il affirme avec autorité au sujet qu'il exagère son impotence ou qu'il la crée, il aura bel et bien fait accepter une idée qui, pour peu qu'elle soit entretenue, évoluera vers ce dont elle est la représentation : la guérison ou l'amélioration, et c'est encore de la psychothérapie.

La suggestion est, au sens large du mot, d'application journalière en tant que mêlée à toute thérapeutique par elle-même. La parole suggestive éduca-

tive ne doit pas manquer plus au chirurgien qu'au médecin; ils abordent, en effet, les mêmes malades; et, le chirurgien doit le savoir, ces malades ont souvent une confiance beaucoup plus grande en lui qu'en n'importe qui. Qu'il n'agisse pas en sorte que, butés par des fautes de psychologie, ces sujets lui retirent partie ou totalité de la confiance accordée, cette arme si extraordinairement forte. Comme grand moyen psychothérapique, notons ici que bien des chirurgiens, des médecins, à l'heure actuelle, s'efforcent d'utiliser la suggestion hypnotique. Ils rapportent des observations indiscutables et fort intéressantes d'anesthésies obtenues par ce moyen, et ils affirment même cette méthode très généralement applicable. Ils l'utilisent avec succès aussi pour réaliser des accouchements indolores. M. le docteur Bérillon préconise la collaboration du médecin psychothérapeute aux divers temps, avant, pendant, après l'opération : « La suggestion hypnotique aurait, dit-il, pour effet de dissiper les frayeurs, de limiter les réactions émotives. »

Farez propose d'utiliser la période qu'il appelle « d'hyponarcose » de l'anesthésie pour obtenir, par suggestion, la suppression de la douleur, ceci surtout lors d'avulsions dentaires ou au réveil de l'opéré, ce qui nous paraît indiqué.

3º *Traitement du moral.* — Mais cessons là pour la psychothérapie et envisageons, avec plus d'attention, le traitement du moral.

A la lumière des connaissances du fonctionnement de l'âme, on a été amené à accorder à l'esprit toutes

les responsabilités de l'état morbide dans les névroses, puis on a remarqué que c'est lui seul qu'il faut traiter pour atteindre les troubles organiques graves parfois qui peuvent en résulter; on risque de les voir s'aggraver lorsque, par erreur, ce sont ces troubles organiques qu'on vise dans son traitement, fixant par lui l'idée morbide.

Nous serions aise, après avoir montré plus haut l'importance du moral, qu'on voulût bien consentir aussi en chirurgie à prendre cure de lui, tant pour lui éviter ces traumatismes moraux, si nombreux, que pour, le cas échéant, le traiter s'il est défaillant ou choqué.

Nous pourrions ainsi étudier la prophylaxie et le traitement des troubles du moral, du psychisme, en faisant plus spécialement rentrer dans le second chapitre certains moyens psychothérapiques car, « à troubles psychiques, remèdes psychiques », et des moyens accessoires médicamenteux, diététiques ou de repos, etc... Nous préférons, néanmoins, pour la commodité de l'exposé et de la lecture, émettre quelques idées générales concernant spécialement la protection du moral du malade, ambiance du malade, personnel, aménagement des services. Puis, en une synthèse logique, nous indiquerons, lors des trois étapes que traverse habituellement le malade des services de chirurgie, avant, pendant et après l'opération (1), ce que l'on peut faire pour ce moral.

---

(1) Nous n'indiquons en aucune façon le traitement du choc, du collapsus, réalisés. Ils se trouvent dans tous les ouvrages.

### *Quelques questions générales*

Nous avons cité, au début, l'influence que peut avoir l'ambiance du malade; permettons-nous d'y revenir ici.

Lors du premier contact du chirurgien avec le malade et son milieu, il y aura lieu de dire la vérité aux parents ou à un parent que l'on aura estimé plus capable de juger sainement les choses qu'on lui confie; c'est obligatoire moralement.

Le chirurgien, en face de ces êtres qui sont suspendus à tous ses actes, ses décisions, ses pensées s'ils le peuvent, ne doit pas oublier quelle part peut être leur action sur le moral du malade; donc, leur exprimer la vérité, le danger, il le doit, mais leur laisser ce que savent si bien faire certains, « du baume dans le cœur», qu'il s'efforce de le réaliser aussi. Qu'il ne risque pas, par un aveu trop brutal à une épouse, à une mère angoissée, et qui courageusement ne le laisse voir que partiellement, de provoquer chez elles un choc moral aussi qui, malgré tous les efforts, se traduira sur leurs traits et laissera voir au malade, comme dit Rivière, « son arrêt de mort», même non justifié. Il pourra être bon de ne dire la vérité totale qu'à des tiers auxquels la confidence paraît moins justifiée.

Pour ce qui est du personnel, très importante est l'empreinte de bonne humeur, d'optimisme ou de laisser-aller, de nostalgie, de tristesse qu'il peut donner au moral du malade.

Il n'est pas aisé d'être la bonne infirmière qui entre toujours dans la salle ou la chambre avec un gai sourire, avec une parole d'entrain, de réconfort, même si le travail est éreintant, décourageant ou parfois ingrat. Il en découle la nécessité de s'attacher à former chez les servants, si l'on peut dire, du malade, l'esprit de dévouement, de sacrifice et aussi la connaissance du moral du malade.

On trouve grandement faite cette éducation supérieure en son genre chez certaines personnes qui ont consenti au détachement de leurs intérêts et prêtes à comprendre infiniment mieux que d'autres les qualités morales, les sacrifices, les délicatesses indispensables autour des opérés; ce sont les religieuses, à qui l'on peut parfaitement joindre les qualités techniques pour peu que l'on s'en donne la peine.

Les infirmières laïques, certes, durant la guerre, ont été souvent au-dessus de tout éloge, c'est un fait qu'on est très fier d'affirmer bien haut. Mais c'est que, précisément, un esprit de renoncement et de charité tout à fait particulier animaient, en une époque toute spéciale, ces femmes dignes d'admiration.

Nos hôpitaux sont d'ailleurs dotés très fréquemment de ces sœurs-infirmières si prisées des malades, si nécessaires, et qui, à leur tour, s'attachent à former des dévouements précieux, très actifs, très humbles, mais très beaux dans les personnes des infirmiers et infirmières laïques des salles.

La visite des opérés dans les hôpitaux est un fait digne d'attention : question d'ordre intérieur dans

les services souvent encombrés, les parents sont écartés du malade durant la presque totalité de la semaine et surtout aux moments pré et postopératoires. Il n'est, en effet, guère possible dans l'état d'organisation actuelle des salles communes de quinze ou vingt malades, d'admettre tous les jours quelques parents ou amis, alors que les médecins circulent, qu'on fait des pansements, ramène des opérés de la salle d'opérations.

Ceci nous amène à parler quelque peu de cette organisation qui nous paraît retardataire.

Le mot « hôpital », à l'époque où la charité est devenue une obligation sociale et non plus une œuvre privée, a remplacé les vieux mots qui disaient, sur le portique d'entrée, les principes de bonté : « La Charité », « La Pitié », « L'Hôtel-Dieu », « Le Val-de-Grâce », etc.

Ces lieux où l'on souffre et où l'on est soigné, consolé, guéri parfois, sont devenus administrations d'Etat ou de ville, de département. C'est, nous le croyons, un bien, du moins en pratique.

Mais si maintenant le malade réclame « son droit » d'admission, même s'il n'est pas un pauvre indigent, puisque partout les plus ou moins petits payants sont reçus, que, du moins, les commissions administratives chargées de répandre la charité au nom de tous soient imbues de cette vertu qu'ils répartissent.

Ces commissions, nous voulons bien le croire, avec la préoccupation et le souci du malade, installent des salles d'opérations et des dépendances de plus en plus perfectionnées et luxueuses, des salles de

bains; elles embellissent les salles communes; au nom de l'hygiène et de la science, elles réalisent bien des progrès, rien de mieux; néanmoins, nous aimerions voir à cette époque la « Pitié », pour l'âme du malade, inscrite un peu plus dans leurs belles transformations.

Pourquoi le moral de l'opéré ne trouverait-il pas grâce devant elle, alors qu'il souffre tous les jours de cette insupportable promiscuité de la salle commune, avec son moribond que l'on vient d'administrer, son opéré que l'on ramène geignant, vomissant, souffrant, son braillard exalté par les vapeurs d'alcool et de cabaret, son cadavre plus ou moins entouré de trois paravents!

...Arrêtons-nous, nous nous ferions taxer de menteurs... et pourtant!

Est-il abusif, à notre époque, de réclamer dans tout service de chirurgie. suivant son importance, quelques chambres d'isolement pour tout opéré tant soit peu sérieux de demain (ce serait trop beau). mais au moins qui sort de la salle d'opérations et aussi moins intéressant quant à lui, mais beaucoup, quant aux voisins, pour l'individu gênant que l'on amène la nuit et qui trouble le repos bienfaiteur d'une douzaine de malades qui ont tant besoin de ces heures de réparation; et, de même dans les maternités, pour les femmes parfois exténuées par un travail pénible et qui sont réveillées dix fois la nuit suivante par les cris des petits.

Nous le savons parfaitement, les malades acceptent volontiers la salle commune, on s'y ennuie moins,

c'est plus vivant : oui, quand on va mieux, mais pas lorsqu'on vient de subir une gastrectomie, une laparatomie, etc.

On peut poser la question de la salle d'anesthésie; sans avancer qu'il serait humain d'anesthésier dans une salle à part les malades, ce qui n'est pas toujours vrai, néanmoins il est beaucoup de sujets peut-être un peu pusillanimes, mais pas plus que la normale parfois, qui gagneraient à ne pas être amenés directement dans la sallé où, si l'on n'y opère pas, du moins où tout est plus ou moins agité, plus ou moins dressé en vue de l'opération qui va avoir lieu. Dans cette salle, spécialement réservée, nous croyons qu'il serait plus facile aux aides, aux assistants, à tous, de se soucier que le sujet couché là a un moral, une âme; on n'y verrait pas endormir au milieu des rires, des bavardages, quand ce n'est pas, en outre, parmi les cris d'un voisin de douleur.

Certains chirurgiens américains signalent les avantages de l'opération dans la chambre même; d'abord, il faut imaginer de nombreuses chambres particulières, et nous n'en sommes pas là; ensuite, un plus nombreux personnel et, peut-être, pour un avantage minime. Reconnaissons là, quand même, un très complet souci de la personne du malade et, en attendant d'oser réclamer, un jour peut-être, ce luxe pour nos malades, gardons-nous de critiquer la minutie de ces détails qui dénotent une mentalité généreuse.

En somme, il nous semble qu'avec ces modifications, importantes nous en convenons, mais nécessaires, on verrait comme sauter aux yeux cette

préoccupation de tous, administrateurs, chirurgiens, infirmiers, élèves, envers l'âme de celui qui est le plus intéressant de tous : le malade.

## *Avant, pendant, après l'opération*

Après ces quelques considérations, peut-être osées, essayons d'envisager ce que l'on pourrait être à même de faire en vue du psychisme du sujet avant, pendant et après l'opération.

Avant même la première visite, le chirurgien qui est appelé commence à influer moralement. Son arrivée est toujours redoutée, car elle indique l'idée d'opération. L'appel à ce spécialiste équivaut, aux yeux de la grande majorité du public, à une affirmation de gravité, de danger; et l'angoisse, la peur règnent plus vives dans l'esprit de tous à partir du moment où l'on a envisagé sa consultation. Mais on l'attend quand même avec impatience, car de lui va résulter le dénouement; on attend avec anxiété son verdict et son geste sauveur. Donc, dès avant sa venue, on accorde confiance à sa science, à sa décision, à sa virtuosité si besoin, et il est nécessaire que celui qui va se livrer de la sorte en reconnaisse digne ce chirurgien.

On réclame la valeur, on demande le savoir technique, le renom; mais ce renom que l'on peut appeler la confiance première, ne se constitue pas qu'au moyen des qualités professionnelles consacrées par des titres universitaires.

Lorsque nous avons parlé déjà du chirurgien, nous avons remarqué le rôle de sa personne, mais plus encore de ses qualités de science et de morale; il faut justement que ces dernières soient universellement connues et qu'en ayant recours à lui on ait la conviction qu'on ne peut s'adresser ni à meilleur chirurgien, ni à homme plus profondément animé du souci de ses malades.

L'âme que doit avoir le chirurgien a été bien étudiée par divers auteurs. J.-L. Faure, de Fleury, Forgue entre autres, et nous ne nous y arrêterons pas.

Guy de Chauliac réclamait « qu'il soit bien morigéné, soit hardy en choses seures, craintif es dangers, « qu'il fuye les mauvaises cures ou pratiques; soit « gracieux aux malades, bienveillant à ses compagnons, « sage en ses prédictions. Soit chaste, sobre, pitoyable « et miséricordieux ». (Guy de Chauliac : *La grande Chirurgie composée en l'an 1363*, revue par Nicaise. Paris, Alcan, 1890.)

L'homme à qui, dans le plus noir tourment, un autre dit : « Faites ce qu'il faut, c'est à vous de juger, à vous de décider, à vous de me sauver ou de sauver les miens si chers » ne peut pas être un homme quelconque.

Sa conscience doit être sévère pour lui et doit être souvent interrogée, sa vie même doit être belle, en accord avec « la haute condition sociale dont il a « le droit d'être fier, dit Forgue, et qu'il doit à son art ». Certes, la bonté, la douceur, le souci très souvent pénible de ses malades seront, parmi les caractéris-

tiques du chirurgien, aimé de ses malades. Il n'est pas vrai qu'un malade sérieusement atteint prétende que peu lui importe ce qu'est le docteur X..., pourvu qu'il soit un brillant opérateur, qu'il ait un bon diagnostic : c'est faux; cela lui importe, mais, à défaut de mieux, il peut arriver qu'il se confie à lui; ce sera avec restrictions, et si ce merveilleux chirurgien avait en plus les qualités morales que ce malade néglige de vouloir considérer à cause de leur absence, sa confiance serait autrement grande, la sympathie réciproque bien différente et les arguments que pourrait lui donner le chirurgien auraient autrement de valeur pour lui; donc, beaucoup plus de chance de porter leurs fruits. Sans cette confiance-là, pas d'action morale, ou plus grave : triste action morale.

C'est sur ces qualités et à partir du premier contact que le futur opéré basera sa confiance, et il faudra l'entretenir, la fortifier pendant tout le temps que durera le séjour sous l'emprise du chirurgien. C'est dans l'attitude de tous les jours de ce dernier que le malade cultivera sa confiance, mais aussi beaucoup d'après les paroles, les encouragements, le mot opportun qui relève les énergies, qui sait faire accepter le sacrifice, les gestes de douceur, de bonté compatissante et amicale. Presque tous les malades, ne l'oublions pas, se réclament de l'amitié de leur chirurgien. Naturellement, le chirurgien visera beaucoup à éviter ces influences mauvaises que nous avons énumérées au début : tels que des mots, des jeux de physionomie révélateurs. En voulant encourager, il évitera soigneusement de se moquer jamais des

craintes du sujet, si pénibles paraissent-elles, et surtout des douleurs qu'il accuse, même si on ne croit pas à leur réalité. « Ne niez jamais une douleur », avons-nous entendu dire par M. le professeur Fruhinsholz, avec beaucoup de psychologie. La confiance, avec la volonté de vivre, de guérir, sont deux chances importantes de salut pour l'opéré. Forgue (cité par Bérillon) rapporte que Mirabeau, à son lit de mort, pressé par les siens d'appeler un autre secours, répondit : « Non, je ne ferai pas cette injustice, ni cet « affront à Cabanis ; si je dois mourir, nul ne me sauve« rait, et si je dois vivre je ne veux pas qu'un autre ait « la gloire de ma guérison ; je crois peu à la médecine « et je crois beaucoup à l'amitié ».

Tout chirurgien est à même d'avoir vu forts, jusqu'à leurs derniers moments, de pauvres êtres emplis d'une foi absolue en celui qui, malgré lui-même, est impuissant à les sauver : J.-L. Faure rapporte, avec une belle émotion, le cas d'une de ses opérées qui venait de mourir dans ces conditions, « souriante encore de son beau sourire de confiance « et d'espoir ».

Lorsque le patient est un malade d'hôpital, un déshérité de la fortune, mais pas toujours de l'intelligence ni de la sensibilité, la pensée de tous, chirurgiens, étudiants, n'est souvent pas assez dirigée par les sentiments ; et, sans vouloir critiquer l'enseignement au pied du lit du malade, le seul où puisse se former justement la beauté de l'âme du médecin, en même temps que sa valeur technique, qu'il serait plus beau si les nombreux assistants, élèves surtout, faisaient

en eux le faible effort de songer que, parallèlement à la lésion curieuse, il y a une mère, un père non moins intéressants. Et, si la jeunesse insouciante ne sait pas le voir, parfois l'attitude de compassion, de douceur attentive et charitable de son maître, il sait bien la voir et la comprendre. Et le « patron » qui réfléchit à cette attitude par égard pour son malade, en y joignant l'intention de donner un exemple à ses élèves, aura singulièrement grandi dans l'estime du malade, et il aura fait aux étudiants, en les obligeant tacitement à la réflexion mieux qu'un cours de psychologie : une belle clinique de formation morale du médecin. Et les fautes de psychologie surprenantes qu'on voit commettre, à la légère le plus souvent, seront plus rares, car il est aisé d'observer lorsqu'un de nos « patrons », tout en commentant un cas par le détail, y joint de la délicatesse et du tact, au moyen d'expressions conventionnelles ou soigneusement, intentionnellement déguisées, combien les étudiants eux-mêmes évitent le mot ou le jeu de physionomie malheureux, se penchant avec plus d'attention charitable sur le cas devenu doublement intéressant.

Examiné, transporté, voici le malade à la clinique.

La protection de son psychisme contre les influences de tous les jours capables d'émouvoir, d'apeurer, de diminuer ses énergies réactionnelles, ne sera parfaite que dans la mesure du soin, de l'attention qu'on y apportera. C'est un souci de tous, surtout du chirurgien qui dirige moralement tout le monde vers le psychisme du malade, qui permettra l'action sur cet esprit.

Il s'agira d'abord, autant qu'on le peut, de supprimer tous facteurs nuisibles : l'isolement, nous en avons parlé, de même les cliniques au pied des malades et les visites de l'extérieur.

Il faut encore que le chirurgien, s'il ne peut le faire lui-même, s'inquiète des craintes du malade. Ses aides, ses internes, infirmiers, en parlant avec le malade, les auront recherchées, les auront combattues, et ils signaleront au chirurgien les plus sérieuses; celui-ci, de qui le malade accepte tout, puisqu'il lui accorde tous droits sur son organisme, fera souvent disparaître toutes peurs. Ses paroles sont presque paroles d'évangile, si il a auparavant inspiré la confiance.

Il faudra parfois plus d'éloquence pour faire disparaître certaines appréhensions, telle celle de la perte des ovaires.

On représentera l'inutilité des organes lésés et leur danger pour tout l'organisme; on promettra d'enlever le moins possible; si la femme qui désire la maternité se refuse plus énergiquement, l'attitude dépendra de la conscience du chirurgien devant ce cas précis, et s'il y a danger pour elle à conserver des foyers gravement menaçants, il pourra au besoin mentir, ce que fait bien souvent le médecin pour sauver la pauvre femme malgré elle. Ceci est d'ailleurs affaire de conscience et d'opinion personnelle. J.-L. Faure cite deux cas où il opéra de force, aidé par des voisins du malade, et où il fut grandement remercié par la suite.

Mais il y aura lieu d'envisager la préparation plus

directe de l'opération. Prévenir le malade est absolument indispensable; on l'a amené à accepter l'opération quelquefois difficilement. A ce propos, qu'il nous soit permis d'insister un peu sur ce point. Les chirurgiens, les maîtres comme les élèves, doivent, à l'hôpital, ne pas oublier quel est le degré, assez peu élevé fréquemment, du niveau intellectuel, de la force de caractère de ces pauvres gens; il y a quelque chose d'un peu choquant devant un malade épouvanté à l'idée d'une opération qu'il envisage faussement, qu'il dénature même en des représentations imprécises, et qui, dans cet état d'esprit, la refuse, à voir l'homme de science qui sait qu'au contraire il y a indication formelle, qui la pratiquerait indubitablement dans un cas pareil sur l'un des siens, à le voir passer son chemin devant cette décision sans valeur d'un pauvre ignorant : « Il n'a pas le temps de discuter, dit-il, son temps est trop précieux ! » et il va vers le voisin. Mais quelle curieuse façon d'envisager l'intérêt du malade et de prendre souci de son moral, alors qu'il passe parfois une ou deux heures à extirper un cancer déjà avancé, ou à traiter minutieusement un pauvre fracturé de la colonne vertébrale, certainement condamné. Il a mille fois raison de prendre cet excès de souci de ses malades; mais dix minutes à raisonner le récalcitrant, dix minutes de traitement de ce moral déséquilibré momentanément par l'anxiété, choqué psychiquement, ne vaudront-elles pas leur temps?

C'est à ce moment qu'on verra le chirurgien, soucieux de ce moral, réfuter facilement, avec bonho-

mie généralement, ces mille angoisses ridicules en elles-mêmes, presque incroyables pour un homme du métier à qui elles paraissent impossibles, dont nous avons parlé, et pourtant très réelles chez les profanes non initiés aux mystères de la salle d'opérations : la peur du chloroforme, la peur d'y rester, la peur de la douleur, de la mutilation, de la pince oubliée, etc. Comme dit Faure, « dans la plupart des maladies « qui se jugent par des opérations, la guérison est la « règle, la mort est l'exception ». Et, fort de lui, le chirurgien osera affirmer avec conviction les merveilleux progrès de son art.

Une certaine fermeté au besoin dans les raisonnements que l'on tiendra, la représentation du manque de courage, de la défaillance devant ses devoirs mieux que quelques mots de dépit qu'on entend parfois proférer devant ces faibles, en imposeront bien souvent au malade qui se reprendra même.

Au besoin, si le cas ne presse pas, après avoir soigneusement montré au sujet l'inanité de ses craintes et la nécessité de l'intervention, tant pour lui que pour les siens, on pourra renvoyer momentanément le sujet en lui faisant promettre de revenir, comptant sur la maturation consciente ou non de la petite leçon qu'on lui aura ainsi donnée.

Il ne faudra pas manquer de prendre un soin particulier du moral de ce sujet pusillanime, lorsqu'il se sera décidé.

Donc, il faut prévenir le malade de son opération; naturellement, la façon de prévenir sera ménagée sans qu'il soit besoin d'insister. Chez certains, on

usera d'une surabondance de diplomatie et, chez d'autres, avec un regard décidé et qui ne permet pas d'indécision, on affirmera : « Alors, c'est entendu, c'est demain qu'on t'enlève ça ». En général, on gagnera à éviter le mot opération, qui effraie toujours. Quelques périphrases dans le genre de la précédente, simples mais moins brutales, seront mieux acceptées par l'esprit et produiront moins de choc. Préviendra-t-on longtemps à l'avance et indiquera-t-on l'heure? L'état d'attente que nous avons sommairement analysé est pénible, il risque de provoquer l'insomnie de la nuit qui précède, l'agitation, les angoisses, les représentations grossies par la peur, l'énervement. Ainsi, chez certains peureux, rares d'ailleurs, et chez tous les enfants, et ici c'est un principe absolu puisque ce n'est pas de leur consentement dont on tient compte, on ne préviendra pas d'avance. Mais, dans la plus grande majorité des cas, on préviendra, la veille de préférence, tout en réconfortant comme il convient.

Dès à présent, on rassurera le malade quant à l'anesthésie, une des choses qu'il redoute le plus. Il la réclame, c'est vrai, puisqu'on entend dire, à chaque instant : « Est-ce qu'on m'endormira? », mais il l'a craint.

Quant à l'heure, mieux vaut la laisser imprécise; ne pas dire : « On commencera à huit heures, mais vers huit ou neuf heures». On évitera de laisser passer l'heure annoncée; au besoin, on viendra plus tôt.

Et nous sommes arrivés à nous étendre quelque peu sur certaines pratiques récemment employées et très généralisées dans les services de certains

chirurgiens, surtout américains, et qui mériteraient d'attirer l'attention de tous.

La méthode préconisée par Gathwmey, Crile, Keen entre autres, est basée sur le souci constant qui les anime de la protection du psychisme de l'individu qui doit être opéré; la nécessité est à leur sens impérieuse de l'écartement de tout choc psychique pour porter à leur maximum toutes les chances de réussite. Persuadés de la réalité, lors du choc psychique d'une lésion de la cellule nerveuse directrice de toute la machine humaine, ils usent pour l'éviter d'un très grand luxe de précautions.

Dans leurs cliniques, l'esprit de tous est sans cesse préoccupé en ce sens; le calme y règne lors des opérations; tout procède d'une minutie de détails soigneusement réglés d'avance. L'anesthésiste est toujours attentivement instruit; ces auteurs étudient, avec le plus grand soin, les procédés d'anesthésie, les réactions du sujet, les incidents.

L'anesthésiste prend contact la veille avec son sujet, s'attache à le réconforter, à le tranquilliser à tous points de vue et à gagner sa confiance.

Mais surtout, afin de ne pas nuire « a nocere», afin de réduire tout ce qui peut être un élément de choc psychique, anesthésique et opératoire, on institue un traitement préliminaire. « 70 % des malades nerveux, enfants, adultes, vieillards ont besoin, dit Gwathmey, d'autant de traitement psychique que médical». Nous n'insisterons pas sur les soins de propreté sur la question discutée de la purge la veille et du lavement le matin de l'intervention, ni du repos

au lit, ni de la diète qu'ils arrivent d'ailleurs à réduire.

Avant l'opération, on administrera un centimètre cube de morphine destinée à amoindrir la conscience, à supprimer, par là, les réactions émotives, et, au moment de l'opération, à faciliter l'anesthésie par diminution précisément des facteurs psychiques d'angoisse et de lutte; de plus, la confiance se trouvera augmentée et la dose anesthésique nécessaire sera diminuée, d'où amoindrissement des risques du choc anesthésique par excès. « On a vu, dans des cas sans nombre, la narcose possible avec une dose beaucoup moindre d'anesthésique »; la souffrance postopératoire, en outre, sera diminuée, car le réveil sera retardé.

Ces chirurgiens réclament beaucoup de précautions dans l'administration de la morphine avant sept ans et après soixante-dix ans. Les réactions émotives à ces âges, nous l'avons vu, sont beaucoup moindres.

Lorsqu'on doit endormir au chloroforme, celui-ci et la morphine étant dépresseurs, il peut être avantageux de donner de préférence de l'atropine ou un mélange d'atropine-morphine ou du chloral.

Il y a lieu, toujours d'après ces auteurs, de ne pas instituer cette médication trop tôt ni trop tard. Ils indiquent une demi-heure avant l'intervention. L'effet du mélange atropine-morphine est perçu par un ralentissement léger du pouls et de la respiration, et par une sensation de sécheresse dans la bouche.

Delbet et Herrenschmidt préconisent l'emploi de l'adrénaline, qui régularise la narcose et diminue le choc opératoire.

A partir de la piqûre, le malade est au plus grand repos, au calme, à l'obscurité. Au moment de l'opération, on le transporte avec précaution; l'anesthésiste saura distraire le malade, lui parler de choses étrangères au moment actuel. Farabeuf recommande de faire que le malade rassuré « collabore » à l'anesthésie; « suggérez-le, afin qu'il commence volontaire-«ment à respirer posément». Aux enfants, on parlera de choses propres à les intéresser.

Un petit de dix ans qui, dans une clinique où nous avions été externe trois ans auparavant, nous reconnut il y a quelque temps et nous interpella; nous-même ne nous souvenions pas de lui. Il nous rappela ce qui lui restait de ce moment si souvent pénible : « Vous m'avez demandé les bêtes qu'on élevait chez nous, celles qu'on avait, ce qu'elles mangeaient; je vous ai répondu qu'on avait..., etc. »; suit toute une histoire de basse-cour, moins impressionnante que celles que racontent bien d'autres sujets : des sons de cloches, des bourdonnements, des sensations indéfinissables ou désagréables.

Il faut avoir soin de préparer le champ opératoire quand le sujet est déjà obnubilé par le chloroforme et non pas raser, savonner, badigeonner la place avant le sommeil. Notre esprit, fatalement endurci à la vue des souffrances, ne se rend plus compte que des pratiques de ce genre peuvent affecter bien des gens plus sensibles.

Les moyens, tels que l'anesthésie rachidienne, qui coupent très bien la voie centripète, donc tout transfert des sensations douloureuses au cerveau

diminuent, c'est vrai, grandement le champ de la conscience et donc les facultés; il ne faût pas oublier cependant que l'état de torpeur laisse cependant le sujet conscient et fréquemment dans un état pénible auquel s'ajoutent le manque d'air, la chaleur, la position inclinée, et le chirurgien, comme les aides qui entendent les plaintes du patient, ne devront pas les négliger et l'encourageront, de temps en temps, à la patience. (Pour notre compte personnel, sans nier les avantages de la méthode, elle ne nous paraît pas moralement très bien acceptée. Mais il est vrai que les inconvénients postopératoires du chloroforme sont plus grands.)

Le sujet est ainsi endormi; mais, pour Crile, là ne se borne par l'action protectrice des centres supérieurs psychiques. Il est endormi, c'est-à-dire que son cerveau, qui reçoit quand même les impressions venues des tissus traumatisés par le bistouri, la pince, ne les interprète pas parce que la conscience et les facultés sont abolies. Mais les lésions des cellules se produisent quand même. Aussi, pour que tout le traitement soit d'accord avec ses idées, devra-t-on veiller à éviter toute nuisance envers les cellules: « a nocere »; et Crile nous enseigne son anoci-association, qui a provoqué des résultats très beaux : donc, par un anesthésique, il supprime la conscience de son malade; puis, pendant l'opération, il « bloque » les voies nerveuses dans le champ opératoire même, par une infiltration locale ou intraneurale de solution de novocaïne : « Le cerveau est ainsi isolé complè- « tement, dit-il, de l'influence nocive qu'est l'opération,

« et il n'est pas plus affecté que si elle portait sur des « habits ».

Enfin, en diminuant au maximum la durée de l'opération, les manipulations des viscères, en évitant les tiraillements et les déchirements, on réduira l'influence de toutes ces causes nuisibles pour les cellules du cerveau.

L'opération est terminée. Il vient immédiatement à l'esprit de critiquer très vivement un procédé, trop habituel, presque réflexe chez beaucoup de jeunes anesthésistes, qui nous paraît aussi peu rationnel que possible. La dernière agrafe vient d'être posée; la respiration, le pouls, la pupille indiquent un bon état général et alors (est-ce pour éviter la peine de surveiller plus longtemps un réveil qui menace de traîner en longueur?) on administre sur les joues du pauvre patient si tranquille et si, à l'abri encore des cuisantes douleurs postopératoires, quelques magistrales giffles qui ramènent brusquement à une réalité assez peu agréable. Qu'il y a loin de ce regrettable procédé aux soins minutieux que prônent les Américains ou ceux qui les ont vus à l'œuvre?

Bien certainement, les précautions de ces derniers risqueront de paraître et paraîtront une amusante exagération à ceux qui se soucient si peu de l'esprit de leur opéré. N'y a-t-il pas un soupçon de paradoxe, pour le moins, à entendre des médecins ou de futurs médecins qui, semble-t-il, ont comme noble but de soulager leurs semblables, taxer d'exagération les beaux sentiments de bonté, de charité, de courtoisie (1),

(1) Nous lisons dans un auteur américain, avec un certain dépit, ce mot si français introuvable dans nos classiques.

disent les Américains, qui commandent tant de délicatesse dans leurs soins, on pourrait presque dire de tendresse. Et s'il est vrai qu'un blessé, un malade est un enfant, que ne doit-il goûter ces soins attentionnés et la tranquillité morale qu'ils procurent.

Si, en guise de critique, on oppose la perte de temps, le personnel nombreux indispensable, la place nécessaire, les frais en fin de compte, nous sommes obligés de reconnaître qu'en effet, cliniques et hòpitaux, chez nous, ne sont pas encore assez beaux, assez riches; mais ne soyons pas le renard de la fable, qui trouve que « c'est bon pour les goujats ».

Si, après l'opération, il est besoin de donner un sédatif, on évitera, au cas où on aurait déjà morphiné préventivement, de trop en prescrire à nouveau; de même la belladone ou l'atropine, qui provoquent une sécheresse de la bouche désagréable.

Le mieux est, dit Gwathmey, un lavement salin avec de la jusquiame ou du chloral. Si l'installation permet l'isolement du récent opéré dans une salle à part, ce que, très humblement, nous croyons absolument normal à notre époque de réclamer dans chaque service de chirurgie, le plus grand calme règnera dans cette chambre, pas d'allées et venues, par de conversations. On laissera se prolonger aussi longtemps que possible, en le respectant, en le désirant le plus long, le bienfaisant sommeil qui suit le retour de la salle d'opérations. Nous ne voyons pas d'inconvénients, dans le cas où c'est possible, de laisser en vue, auprès du malade, à son réveil, un époux, une mère intelligente, à qui on aurait donné

des instructions. L'opéré trouvera chez cette personne un réconfort moral des plus bienfaisants; il n'est pas, pour améliorer le psychisme, de petites consolations qui n'aient leur valeur. Mais pour peu que des vomissements se produisent et que, pour une raison ou pour une autre, cette présence devienne contre-indiquée, on saurait délicatement la supprimer momentanément, en en signalant l'opportunité au mieux des intérêts communs.

Dans les salles communes, on veillera à ce qu'auprès de chaque opéré un infirmier surveille le réveil, ce qui n'est pas toujours observé.

L'équilibre de la conscience, à ce moment, ne se rétablit pas d'un coup; une idée dans le champ de celle-ci étant seule, risquerait fort, selon les théories de Bernheim et des psychologues modernes, Farez entre autres, nous l'avons vu, de se développer grandement, donc d'influer.

L'idée qui semble toujours s'offrir la première est celle-ci : « Quel est le résultat de mon opération? », ou : « Est-ce que cela a bien réussi? » Nous l'avons observé bien des fois. Une affirmation à ce moment-là, simple, sans phrase : « Tout s'est très bien passé, cela va très bien, reposez-vous », « tranquillisez-vous, cela va aller », ne peut que réconforter et calmer, fortifier même le psychisme; car cette idée se développera dans le subconscient et pourra former une base aux bonnes dispositions morales des jours suivants, surtout si on sait l'entretenir de temps à autre, par des mots opportuns. Nous avons vu, il y a peu de temps, une opérée ainsi consolée d'un

de ces simples mots, se rendormir de suite avec calme, pour un bon moment.

Pendant la guerre, un moyen classique de réconforter le blessé et de lui donner du courage, de la patience, en somme de fortifier son psychisme, de le traiter, était de donner à son réveil une balle, un éclat d'obus emballé dans une compresse... Quelques-uns parfois sortaient du tiroir où on les gardait pour la circonstance. C'était une petite rouerie anodine; elle a maintes fois contribué à faire supporter ses peines à plus d'un blessé.

D'ailleurs on a coutume d'apporter fréquemment à l'opéré, d'après le même principe, le calcul enlevé de sa vésicule ou de son uretère, ou son appendice, tous moyens que le chirurgien bienveillant ne néglige pas.

Lorsque, par malheur, l'opération n'a pas donné satisfaction, que le malade est compromis à brève échéance ou à échéance plus lointaine, lorsqu'on n'a pu réaliser par elle qu'une mesure « palliative », c'est encore une fois que se complique la situation; c'est là encore que devra jouer pleinement la thérapeutique du psychisme et elle impose plus d'une fois une série de mensonges au chirurgien. L'illusion trompeuse, mais bénie, il doit la distribuer généreusement; son front soucieux, plissé derrière la porte, doit se dérider en l'ouvrant; malgré les inquiétudes les plus fondées, les pensées les plus sombres, il doit trouver un mot de réconfort, d'entrain; ce très pénible effort, il doit le renouveler à chaque visite. « Rudes émotions, dit J.-L. Faure,

« qui viennent sans trève agiter notre âme oppressée ! » Mais il doit les surmonter et savoir donner quand même la foi en la réussite : « L'espoir est tenace et s'exhalte aux plus faibles indices » (J.-L. Faure); qu'il les saisisse lui aussi ces indices, s'y cramponne, les fasse valoir aux malheureux, il aura fait son devoir et souvent soulagé.

Enfin, s'il ne reste rien de mieux à faire, comme dit un autre auteur : « En avant la bonne morphine », elle est encore un moyen de soigner les douleurs de l'âme avec celles du corps.

Nous venons de dire, en un tout homogène, les idées de Crile, celles de nos maîtres, celles que nous avons pu recueillir, enfin quelques réflexions personnelles; il en résulte une idée d'ensemble de ce que nous pensons de la thérapeutique du moral.

Les résultats très récents de certains chirurgiens américains viennent confirmer l'utilité de ces mesures que l'on est tenté de ne pas prendre au sérieux, que l'on traite de petits riens très peu importants ou alors « si naturels que tout le monde les pratique », et pourtant, si l'on veut bien observer autour de soi, on se rendra compte qu'à n'en pas douter, on ne fait jamais attention au moral !

Crile pense avec justesse que « la valeur d'une « méthode chirurgicale se juge à ses effets », et il publie très récemment une statistique portant sur un grand nombre d'opérés ainsi traités, ceci pendant les quatre dernières années, à Lakeside Hôpital, mortalité générale tombée de 2,4 à 1,2 %.

Proportion des 1.000 dernières thyroïdectomies : 0,7 % de mortalité ;

Proportion des 500 dernières ligatures : 0,7 % de mortalité ;

Proportion des 500 derniers goitres : 0,6 % de mortalité.

On ne peut, de gaieté de cœur, mépriser de tels succès et refuser son attention aux procédés qui les ont amenés.

« Le visiteur d'une clinique, dit Flagg, où se pratique l'anoci-association, est frappé par le remarquable esprit de coopération que possède tout le personnel. Tout est fait en vue du bien-être du malade. »

Vu :
*Le Président de la Thèse,*
Nancy, le 2 juillet 1923.
B. MICHEL.

Vu :
*Le Doyen,*
Nancy, le 3 juillet 1923.
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 4 juillet 1923.
*Le Recteur de l'Académie :*
CH. ADAM.
MEMBRE DE L'INSTITUT.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Ch. Baudoin. — *Suggestion et Auto-Suggestion.* — Delachaux, Paris, 1922.

Benon. — Hyperalgie et hyperthermie délirante. — *Gaz. des Hôpitaux*, septembre 1922.

Bérillon. — Psychothérapie de la douleur morale : La collaboration psycho-chirurgicale. — *Rev. de Psychothérapie*, 1912.

Bernheim. — *Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie.* — Doin, 1903.

— *De la Suggestion et de ses applications à la Thérapeutique.* — Doin, 1888.

G. Blechmann. — Choc et traumatisme de l'abdomen. — *Gaz. des Hôpitaux*, avril 1923.

P. Bourget. — *Le Sens de la Mort.*

— *La Geôle.*

Yves Bourde. — Le choc traumatique. — *Gaz. des Hôpitaux*, nov. 1922.

Brenot. — L'Hypnotisme en obstétrique. — *Revue de Psychothérapie*, 1912.

Bryan. — Les applications chirurgicales, dentaires et obstétricales de l'anesthésie hypnotique. — *Rev. de Psychothérapie*, 1912.

Paul Bru. — *L'Insexuée.* — Flammarion.

G.-W. Crile. — An electrochemical interpretation of shock and exhaustion, 1923. — *Congr. intern. Chirurg.*

G.-W. Crile. — The Mechanism of shock and exhaustion. — *Journal Am. Medical Association*, 1921.

Camus et Pagniez. — *Isolement et Psychothérapie.*

E. Coué. — *La Maîtrise de soi-même.* — Oliven. Paris, 1923.

Charcot. — *La Foi qui guérit*, 1897.

Cannon. — Experimental traumatic shock. — *Archives of surgery*, 1922.

Cannon and Cattel. — Expérimental traumatic shock. — *Archives of surgery*, 1922.

Darwin. — *L'Expression des Emotions.*

Descartes. — *Traité sur les Passions.*

M. Dide. — *Les Emotions et la Guerre.* — Alcan, 1918.

Dubois. — *Les Psychonévroses et leur Traitement moral.* — Masson, 1905.

Dupré. — La constitution émotive. — *Paris médical*, 1911.

Dupuytren. — *Leçons orales de Chirurgie.* — Baillière. 1832.

Etienne et Richard. — Glandes et émotions de bombardement. — *Revue médicale de l'Est*, 1919.

Eymieu. — *Gouvernement de soi-même.* — 3 vol.. Perrin.

Farez. — La psycho-narco-anesthésie. — *Revue de Psychothérapie*, 1922.

Farabeuf. — *Précis de Médecine opératoire.* — Masson.

J.-L. Faure. — *L'Ame du Chirurgien.* — Grès, Paris.

M. Fabre. — *Les Métrorragies émotives.* — Thèse Paris, 1921.

Ch. Féré. — *Pathologie des Emotions.*

Flagg. — *The Art of anesthesia.* — Lippincot, New-York.

Filiatre. — *Hypnotisme et Magnétisme.*

M. de Fleury. — *Introduction à la Médecine de l'Esprit.* — Alcan.

E. Forgue. — *Précis de Pathologie externe*, 1917. — Doin.

— Rôle du moral en chirurgie. — *Revue hebdomadaire*, 1913.

Sigmund Freud. — *Introduction à la Psychanalyse* (Traduction Jankélevitch). — Payot, 1922.

— *La Psychanalyse* (Traduct. Yves Le Lay). — Payot, 1921.

G. Girard. — La Science chrétienne. — *Bull. de la Soc. médic. de Saint-Côme-Saint-Luc-Saint-Damien*, 1923.

Guillaume-Harvier. — *Sympathique et Glandes endocrines*. — 1921, Maloine.

Gwathmey-Baskerville. — *Anesthesia*. — Appleton, New-York, 1914.

Hæckel. — *La Névrose d'angoisse*. — Masson, 1917.

Hake Tuke. — *Le Corps et l'Esprit*.

Hartenberg. — *Psychonévroses anxieuses*.

— *Psychothérapie active*. — *Journal de Psychologie*, 1913.

P. Janet. — *Les Médications psychologiques*, 3 vol. — Alcan, 1919.

Jeanneney. — Hypotendus en chirurgie. — *Gaz. des Hôp.*, janvier 1923.

J. Laumonier. — *La Thérapeutique des Péchés capitaux*. — Alcan, 1922.

Ch. Lefebvre. — Pathogénie du choc traumatique. — *Toulouse médical*, oct.-nov. 1922.

— *La Période préopératoire*. — Maloine, 1922.

Lévy. — *Education rationnelle de la Volonté*.

Liébault. — *Thérapeutique suggestive*. — Alcan.

Luzoir. — La méthode de l'anoci-association de Crile. — *Presse médicale*, 1917.

— Le schock et les théories américaines. — *Presse médicale*, 1918.

LACASSAGNE et MARTIN. — *Précis de Médecine légale.* — Paris, 1921.

MALAPERT. — *Leçons de philosophie*, 2 vol.

MARTINET. — *Thérapeutique médicale.*

MASSON-BERGER. — Compte rendu séance Acad. des Sciences, juin 1923. — *In Gaz. Hôp.*, juin 1923.

MICHEL et MORIN. — Sur un cas de mort subite au cours de manœuvres abortives. — *Rev. médic. Est*, 1922.

MOSSO. — *La Peur.* — Alcan.

Mlle MORAND. — Le Problème de l'attente. — *Année psychologique*, 1914-1919.

J. PAYOT. — *L'Education de la Volonté.*

POUCEL. — *La Psychothérapie dans l'Intervention chirurgicale.* — Thèse Montpellier, 1904.

PRON. — Sur certains troubles d'origine nerveuse ou réflexe. — *Concours médical*, 1923.

QUÉNU. — Toxhémie traumatique. — *Presse médicale*, fév. 1918, sept.-décembre 1918.

RÉGIS. — *Précis de Psychiâtrie.* — Doin, 1918.

P. SOLLIER. — *Le Mécanisme des Emotions.* — Alcan, 1905.

VIBERT. — *Médecine légale*, 1917. — Baillière.

*Revue de Chirurgie.*

*Bulletin de la Société d'Obstétrique.*

*Année psychologique.*

*Revue de Philosophie.*

NANCY. — Imprimerie Nancéienne, 15, rue de la Pépinière.